



COMPañIA ANONIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA - MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS BAJO EL N° 44 MIEMBRO DE LA CÁMARA DE ASEGURADORES DE VENEZUELA R.L.F. J-07001737-6 - AV. LAS PILAS, EDF. SEGUROS LOS ANDES, URB. SANTA INÉS, SAN CRISTÓBAL, TÁCHIRA, INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TÁCHIRA, BAJO EL N° 16 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1.956.  
REPRESENTANTE: DRA. MARÍA ISABEL DELFIN, MIEMBRO DE LA JUNTA INTERVENTORA DE SEGUROS LOS ANDES, SEGÚN PROVIDENCIA NO. FSAA-2900, DE FECHA 15 DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL ONCE (2011), EMANADA DE LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA, PUBLICADA EN LA GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA NO. 39.768, DE FECHA 29 DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL ONCE (2011).

## SOLICITUD DE SEGURO SOLIDARIO FUNERARIO

Fecha de Solicitud: / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

☐ Emisión ☐ Inclusión

### DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR

Primer Apellido:		Segundo Apellido o de Casada:	
Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
N° de Cédula de Identidad /Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha de Nacimiento	Edad:	Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:

Peso (kg):	Estatura (cm):	Deportes que practica:
------------	----------------	------------------------

Población asegurable (seleccionar sólo una): ☐ Jubilado(a) ☐ Pensionado(a) ☐ Adulto(a) mayor de 60 años  
☐ Discapacitado(a) ☐ Con enfermedad física ☐ Con enfermedad mental ☐ Otro, Especifique:

¿Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?: ☐ Si ☐ No Indique Monto:

Actividad Económica (si es comerciante debe indicar el ramo):

Descripción de la Actividad: ☐ Empleado ☐ Socio ☐ Independiente

Profesión:	Oficio u Ocupación:
------------	---------------------

Ingreso Promedio Anual Esperado:

Dirección de Habitación Calle/Avenida:	Urbanización/Sector:	Casa/Edificio:
--	----------------------	----------------

Piso:	Apartamento N°:	Ciudad:	Municipio:
-------	-----------------	---------	------------

Estado:	Código Postal:	Teléfono Habitación: ( )	Teléfono Celular: ( )
---------	----------------	-----------------------------	--------------------------

Dirección de Correo Electrónico Personal:

Dirección de Trabajo:	Ciudad:
-----------------------	---------

Municipio:	Estado:	Código Postal:	Teléfono oficina: ( )	FAX: ( )
------------	---------	----------------	--------------------------	-------------

Dirección de Correo Electrónico Laboral:

Si posee un contrato de seguros funerarios con otra empresa, responda lo siguiente:

Empresa	N° contrato	Monto de la cobertura	Deducible	Tipo de póliza
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria



REPORTE DE PATOLOGÍAS Y ENFERMEDADES	
Indique si usted y/o algún familiar a incluir en la póliza presenta alguna enfermedad	
Apellidos y nombres	Enfermedad o patología

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR							
N	Apellidos y nombres	Nº C.I.	Parentesco	Fecha de nacimiento			% Participación
				Día	Mes	Año	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
Total porcentaje de participación							100%(*)

(\*) La sumatoria de los porcentajes de participación deben corresponder al 100% del porcentaje total, en caso contrario, éste será repartido proporcionalmente entre el número total de beneficiarios de la póliza. Si el Titular de la póliza desea efectuar modificaciones a los porcentajes de participación asignados, deberá especificar la nueva distribución en base a lo requerido para cada beneficiario.

## DECLARACIONES

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a **SEGUROS LOS ANDES C.A.** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a **SEGUROS LOS ANDES C.A.** Para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes; asimismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable.

Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato.

En \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

Huella dactilar pulgar derecho del Tomador / Titular

El Tomador – Titular / El Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	El Intermediario de Seguro
Firma:	Firma:	Firma:
Cédula de Identidad N°	Cédula de Identidad N°	Código y Sello

<b>SÓLO PARA USO DEL ASEGURADOR</b>		
<b>CAUSAS DE RECHAZO DE LA SOLICITUD DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA</b>		
<b>Firma del representante de la empresa de seguros :</b>	<b>Sello :</b>	<b>Fecha:</b>