

COMPAÑIA ANONIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA - MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS BAJO EL Nº 44 MIEMBRO DE LA CÁMARA DE ASEGURADORES DE VENEZUELA R.I.F. J-07001737-6 - AV. LAS PILAS, EDI. SEGUROS LOS ANDES, URB. SANTA INES, SAN CRISTÓBAL, TÁCHIRA. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TÁCHIRA, BAJO EL Nº 18 DE FECHA 08 DE FECHA 06 DE FEDENA O DE LA JUNTA INTERVENTA DE SEGUROS LOS ANDES, SEGUIN 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 REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA NO.39,768, DE FECHA 29 DE SEPTIEMBRE DE DOS MÍL ONCE (2011).

		SOLICIT	TUD DE	SEGUI	RO SO	LIDAR	IO FUNER	RARI	0						
Fecha de Solicitud: /	1	Nº Póliza	l		Vige	encia	Desde 12M.	D	М	Α	Hasta 12M.	D	М	F	Ą
☐ Emisión ☐ Inclusión															
	DATO	OS DEL P	ROPUE	STO AS	SEGUR	ADO 1	TITULAR -	TOI	MAD	OR					
Primer Apellido: Segundo Apellido o de Casada:															
Primer Nombre: Segundo Nombre:															
Nº de Cédula de Id ☐ V ☐ E	lentidad /I	Pasaporte:		o: emenino	о <u></u> М	asculin	Estad		/il: C □] D [□v □c	Otro:			
Fecha de Nacimi	ento E	dad:		Lugar	de Nac	imiento	o: Na	ciona	alida	d:					
Peso (kg):	Estatu	ura (cm):		Depor	tes que	practi	ica:								
Población asegura Discapacitado(<u> </u>	cionar sól on enferm	,		oilado(a Con e		ensionado edad ment				o(a) mayo Especifiqu		60 a	año	os
¿Sus ingresos mer	nsuales si	uperan el e	equivale	ente a 2	5 U.T.?		Si No)		Indic	que Monto	:			
Actividad Económic	ca (si es d	comercian	te debe	indicar	el ramo):									
Descripción de la A	Actividad:	Em	pleado		Socio		Independie	ente							
Profesión:					Ofi	cio u C	Ocupación:	1							
Ingreso Promedio	Anual Esp	perado:													
Dirección de Habita	ación Cal	le/Avenida	1:	Urban	ización	/Secto	r:		Cas	a/Ec	lificio:				
Piso:	Apartam	nento Nº:	Ciudad	:			[Muni	cipio	:					
Estado:				Códi	igo Pos	tal:	Teléfono	Hab	itació	ón:	Teléfond	o Cel	ular	:	
Dirección de Corre	o Electró	nico Perso	nal:				()				()			
Dirección de Trabajo: Ciudad:															
Municipio: Estado: Código Postal: Telefóno oficina: FAX:															
Dirección de Correo Electrónico Laboral:															
Si posee un contrato de seguros funerarios con otra empresa, responda lo siguiente:															
Empresa		N°contrat	o N	lonto de	la cober	tura	Deducible				Tipo de pó				
											al				
									∐Ind	dividu	al Colect	iva 🗌	Solid	daı	ria
									□ Inc	dividu	al Colect	iva 🖂	Soli	daı	ria

¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa?												
	Nombre de la Empresa: Fecha de Rechazo:											
	Dirección de Cobro:											
Ha	abitación 🗌 Oficin	a ∐ (Otra; E	specifiqu	ue:							
Forma	a de pago:											
	Anual 🔲 Semestra	al 🔲 T	rimestr	al 🗌 N	/lensual							
Si de	Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar Nº de cuenta y banco											
	spondiente:		•									,
Si des	sea que se realice el	cobro c	on card	no a tarie	ta de crédito	o indic	ar N	o de	tarieta v	/ hanco co	orrespo	ndiente:
0, 400	oca que se realise er	00010 0	orr ourg	jo a tarjo	ta ao oroant	Jillaid	Jai 14	uo	tarjota j	, barroo oc	лооро	naionto.
	DATOS	DEL R	EPRES	SENTAN	TE LEGAL	(EN C	CASC	QL	JE LO A	MERITE)		
Apellid	os y Nombres:					•		Ν°	Cédula	de Identid	dad / Pa	asaporte:
, ip 0 a									V ∏ E		, .	
Direcci	ón de Habitación/Ca	lle/Aver	nida.					Urbanización/Sector:				
Directi	Direction de l'abitacion/Calle/Avenida.											
Casa/E	dificio:	Piso:	Anartai	mento N ^o	: Ciudad:			Estado: Código postal:				
Od3d/L	diffolo.	1 130.	/ tpartai	nonto 14	. Olddad.			Zotado: Godige postan				aigo postai.
Taláfor	no de Habitación:			Teléfon	no Celular:					Teléfono	de Ofic	rina:
()	io de Habitación.			()	io Ceidiai.					()	ue One	лпа.
FAX:				Dirocci	ón de Corre	o Elo	otráni	ico:		()		
ΓΑΛ. / \				Direcci	on de Cone	O Ele	CHOIN	CO.				
()												
								. 4				
		D	EPEND	DIENTES	A INCLUI				IZA	T		I
			N	° C.I. o			cha d	-		Estatura	Peso	Profesión u
Nº	Apellidos y nombres	Sex	o pa	saporte	Parentesco	Día	Mes	Año	Edad	(cm)	(kg)	ocupación
						Dia	INIES	AIIU				
1												
2												

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	70 I di dicipación	
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 h	nuella 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 №	Cédula de Identidad №	Código y Sello

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