

En base a la información suministrada a continuación, la ASEGURADORA debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus parte

Póliza: ☒ Individual ☐ Colectivo Tipo solicitud: ☐ Emision ☐ Modificación ☐ Inclusión ☐ Exclusión

#### DATOS DEL PROPUESTO TOMADOR

Primer Apellido: ALCANTARA		Segundo Apellido:		Primer Nombre: RAUL		Segundo Nombre:	
Nacionalidad: V <input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/>	C.I. / R.I.F. / Pasaporte: 62123450	Tipo Persona: <input checked="" type="radio"/> Natural <input type="radio"/> Jurídica		Estado Civil: <input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> V		Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Fecha Nacimiento: 01-01-1991
Actividad Económica: <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> E. Gubernamental <input type="radio"/> Empleado						Lugar de Nacimiento: VENEZUELA	
Profesión: Comerciante			Oficio u Ocupación:		Cargo: -	Ingreso Anual: -	Carga Familiar:

#### Dirección de habitación

Calle/Avenida:		Urbanización:		Edificio/Casa:		Número Piso		Carga Familiar:	
Estado:		Ciudad:		Parroquia:		Municipio:			
Telefono de Habitación: 2712310416				Telefono Otro: 4163777866					
Correo Electrónico: ymedina@segurosrafe.COM									
Repetir Correo Electrónico: ymedina@segurosrafe.COM									

#### Dirección de oficina o trabajo

Calle/Avenida:		Urbanización:		Edificio/Casa:		Número Piso		Número Apto.:	
Estado:		Ciudad:		Parroquia:		Municipio:			
Telefono de Habitación:				Telefono Otro:					

#### DATOS DEL GRUPO FAMILIAR AMPARADO

Titular:		Conyúge:		Hijo hasta 21 años:		Hijo hasta 21 años:	
Hijo hasta 21 años:		Hijo hasta 21 años:		Hijo hasta 21 años:		Hijo hasta 21 años:	

#### DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Primer Apellido: ALCANTARA		Segundo Apellido: null		Primer Nombre: RAUL		Segundo Nombre: null	
Nacionalidad: V <input checked="" type="radio"/> E <input type="radio"/>	C.I. / R.I.F. / Pasaporte: 62123450	Tipo Persona: <input checked="" type="radio"/> Natural <input type="radio"/> Jurídica		Estado Civil: <input checked="" type="radio"/> S <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> V		Fecha Nacimiento: 01-01-1991	Ingreso: -
Actividad Económica: <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> E. Gubernamental <input type="radio"/> Empleado						Profesión: VENEZUELA	
Oficio u Ocupación:		<input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Ejercicio <input type="radio"/> Independiente					Cargo: -

#### Dirección de habitación

Calle/Avenida:		Urbanización:		Edificio/Casa:		Número Piso		Carga Familiar:	
Estado:		Ciudad:		Parroquia:		Municipio:			
Telefono de Habitación: 2712310416				Telefono Otro: 4163777866					
Correo Electrónico: ymedina@segurosrafe.COM									
Repetir Correo Electrónico: ymedina@segurosrafe.COM									

#### Dirección de oficina o trabajo

Calle/Avenida:		Urbanización:		Edificio/Casa:		Número Piso		Número Apto.:	
Estado:		Ciudad:		Parroquia:		Municipio:			
Telefono de Habitación:				Telefono Otro:					

### DATOS DEL PROPUESTO GRUPO ASEGURADO

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Cédula de Identidad	Parentesco:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Cédula de Identidad	Parentesco:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Cédula de Identidad	Parentesco:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Cédula de Identidad	Parentesco:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Cédula de Identidad	Parentesco:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Cédula de Identidad	Parentesco:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Cédula de Identidad	Parentesco:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Cédula de Identidad	Parentesco:

COBERTURAS SOLICITADAS			SUMA ASEGURADA		
Asistencia Funeraria Integral			1		
<input type="radio"/> Cementerio Municipal	<input type="radio"/> Cementerio Privado	<input type="radio"/> Cremación			
Opcional: Servicios Complementarios					
FORMA DE PAGO					
Modalidad de pago:	<input type="radio"/> Anual	<input type="radio"/> Semanal	<input type="radio"/> Trimestral	<input type="radio"/> Trimestral	<input type="radio"/> Quincenal
Forma de pago:	<input type="radio"/> Domiciliación de pago	<input type="radio"/> Pago por oficina	<input type="radio"/> Otro		

## DECLARACIÓN DE SALUD

1 - Conoce Usted si padece o ha padecido de una enfermedad para el momento que se le elabora esta Solicitud de Seguro: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
2 - Conoce Usted si alguno de los miembros del grupo familiar propuesto padece o ha padecido de una enfermedad para el momento que se le elabora esta Solicitud de Seguro: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
3 - Indica Usted si alguno de los miembros del grupo familiar propuesto sufre o padece Hipertensión Arterial o toma medicamentos para la misma: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

Si alguna de las preguntas fue contestada afirmativamente, especifique los siguientes datos:						
Nombre del Titular / Familiar	Nro. Pregunta	Enfermedad	Tipo de tratamiento o intervención quirurgica practicada	Médico Tratante	Fecha de Diagnóstico	Institución Hospitalaria

Información adicional sobre Diagnóstico o Enfermedad (Teléfono del médico o Institución Tratante):

## DECLARACIÓN DEL PRESUPUESTO ASEGURADO TITULAR

Yo, PROPUESTO ASEGURADO

\*Por medio de la presente declaro en mi nombre y en cualquiera de los miembros del grupo familiar propuesto en esta Solicitud de Seguros, que las respuestas e informaciones que suministro anteriormente, son verídicas, exactas y completas, y convengo que se consideran como parte integrante del contrato de seguros que originara esta solicitud. Asimismo, declaro conocer que si Seguros La Fe, C.A. se exime de efectuar algún examen médico a mi o a cualquiera de los miembros del grupo familiar propuesto en esta Solicitud de Seguros, lo hace basado en la confianza que tiene en la veracidad de la información que he suministrado en esta

solicitud, y por consiguiente que son aplicable a mi presente declaración los Artículos 571 y 572 del código de Comercio y que cualquier inexactitud u omisión contenida en la misma, implica la nulidad del Contrato de Seguros.

\*Declaro que el correo electrónico suministrado me pertenece e identifica plenamente, por lo que autorizo expresamente a la ASEGURADORA a enviarme todas las comunicaciones y documentos inherentes a esta contratación por ningún otro medio.

\*Declaro que se me ha informado que Seguros La Fe, C.A., es una empresa que emite su facturación por medio electrónico en concordancia con la Providencia Administrativa No. 071 que establece las normas generales de emisión de facturas y otros documentos, publicado el 01-02-2008, en Gaceta Oficial 38863, por lo que autorizo a que dichas facturaciones me sean enviadas a la dirección de correo que he suministrado para tal fin.

## AUTORIZACIONES

\*Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar a la ASEGURADORA, todos los datos que posean antes o después del siniestro.

\*Autorizo expresamente a la ASEGURADORA, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguros.

\*Autorizo formalmente que toda información inherente a esta contratación me sea enviada al correo electrónico especificado en esta solicitud.

\*Autorizo a Seguros La Fe, C.A. para pedir cualquier información relacionada con mi estado de salud o de cualquiera de mis miembros del grupo familiar propuesto en esta solicitud de Seguros, a todos los médicos, hospitales e instituciones similares, que nos hubiesen asistido o asisten, y releva de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que de tales informaciones pudieran derivarse.

## DECLARACIONES DE ORIGEN DE FONDOS

\*Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en la ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo y las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Asegurada.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Huella Dactilar:

\_\_\_\_\_  
RAUL ALCANTARA

EI TOMADOR

\_\_\_\_\_  
RAUL ALCANTARA

PROPUESTO ASEGURADO: \_\_\_\_\_

Huella Dactilar  
(Pulgar Derecho)  
o en su defecto  
Pulgar IzquierdoHuella Dactilar  
(Pulgar Derecho)  
o en su defecto  
Pulgar Izquierdo

Vía correo electrónico: ymedina@segurosrafe.COM

Intermediario(s):

Nombre(s)	Apellido(s)	Código Nro.	Firma:
		7	

Para la suscripción de la Póliza se debe anexar esta Solicitud de Seguro: Fotocopia de los documentos de identificación del TOMADOR, PROPUESTO ASEGURADO y Representante del TOMADOR (C.I.; R.I.F.; Pasaporte)

OBSERVACIONES:

