

Av. Tamanaco con Av. Naiguatá. Edificio Centro Empresarial Horizonte.
Urb. El Rosal. Chacao, Estado Miranda . RIF G-20008701-3
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 48
Capital Suscrito y Pagado: 591.095.765,37
Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela"

SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE SALUD HORISERVEX

PÓLIZA DE SEGURO FUNERARIO

N.º DE PÓLIZA:

FECHA:

La presente Solicitud de Seguro debe ser leída y llenada a máquina o letra de molde, en todos sus puntos, sin enmiendas y en tinta no esfumable de un mismo color (azul o negra) en forma legible y debe ser firmada por el futuro Tomador y su Intermediario de Seguros, si lo hubiere.

DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:	CÉDULA DE IDENTIDAD O R.I.F. O N.º DE PASAPORTE:
--	--

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):
--------------------------	------------------------------------

DIRECCIÓN DE TRABAJO O COBRO:

CIUDAD:	ESTADO:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	NÚMERO DE FAX:
---------	---------	------------------------------------	----------------

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	INGRESO MENSUAL APROXIMADO:
----------------------------------	-----------------------------

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES:	CÉDULA DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E
----------------------	---

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD:	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D
------------------------------	--	-------	--

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:

CIUDAD:	ESTADO:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):
---------	---------	------------------------------------	------------------------------------

DIRECCIÓN DE TRABAJO:

CIUDAD:	ESTADO:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):
---------	---------	------------------------------------	------------------------------------

OCUPACIÓN ACTUAL:	TIEMPO EN EL TRABAJO:	DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:
-------------------	-----------------------	--------------------------

INGRESO MENSUAL APROXIMADO:	¿HA CAMBIADO DE TRABAJO POR RAZONES DE SALUD?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE:
-----------------------------	---	---------------------------------

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	INDIQUE LA RELACIÓN O PARENTESCO CON EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR:
----------------------------------	--

FAMILIARES A SER INCLUIDOS EN LA PÓLIZA

CÓD.	PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	OCCUPACIÓN	SUMA ASEGURADA
02	CÓNYUGE						
03	HIJO (A)						
04	HIJO (A)						
05							
06							

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	(%) DE DISTRIBUCIÓN DE LA SUMA ASEGURADA	BENEFICIARIO CON DERECHO A CRECER	
						SI	NO

SI AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO, ALGUNO DE MIS BENEFICIARIOS ES MENOR DE EDAD, ASIGNO COMO TUTOR(A) A: (INDIQUE C.I. Y PARENTESCO)

**DECLARACIÓN DE SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR
SUFRE O HA SUFRIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES (ES INDISPENSABLE LLENAR EN TODAS SUS PARTES)**

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
TRASTORNOS VIA DIGESTIVA: Estomago, Intestino, Vesícula Biliar Gastritis:			Cáncer, Tumor, Quiste, Hernia.		
SISTEMA RESPIRATORIO: Tuberculosis, Asma, Tos, Bronquitis, Pulmonía, Disnea :			Convulsiones, Bocio, Desmayos, Mareos.		
SISTEMA CARDIOVASCULAR: Infartos, Tensión Alta, Varices, Dolor en el Pecho, Palpitaciones:			Alta o Baja de Presión, Enfermedades Cardiacas.		
SISTEMA NERVIOSO: Epilepsia, Vértigos, Migrañas, Trastornos Mentales, Neuralgias:			Lesiones o Dolores de Cabeza, Trastornos Glandular.		
SISTEMA MOTOR: Fracturas de Huesos, Reumatismo, Osteoporosis, Artritis, Espina Dorsal, Ciática:			Enfermedad o Defecto de la Vista, Oído, Nariz o Garganta .		
SISTEMA GENITOURINARIO: Enfermedades Venéreas, Riñón, Sífilis, Trastornos del Recto, Fibromas, Quistes:			Albúmina o Azúcar en la Orina.		
TRASTORNOS DE LA SANGRE: Diabetes, Anemia, Colesterol Alto:			Defecto o Amputación de algún Miembro.		

ESPECIFIQUE OTROS TRASTORNOS:

¿GOZA USTED DE BUENA SALUD? EN CASO NEGATIVO ESPECIFIQUE:
 SI NO

¿HA ESTADO USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS A ASEGURARSE HOSPITALIZADA O HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE PERSONA, ENFERMEDAD O ACCIDENTE:

¿HA CONSULTADO USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS A ASEGURARSE A UN MÉDICO O HA ESTADO ALGUNA VEZ EN UN HOSPITAL, CLÍNICA, DISPENSARIO O SANATORIO POR RAZONES DE DIAGNÓSTICO O TRAMIENTO?: SI NO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE PERSONA Y CASO:

¿PADECE USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS A ASEGURARSE DE ALGUNA ENFERMEDAD O AFECCIÓN? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE PERSONA, ENFERMEDAD O AFECCIÓN:

EN CASO QUE EL ASEGURADOR CONSIDERE NECESARIO OBTENER INFORMACIÓN MÁS COMPLETA DE SU ESTADO DE SALUD ¿ESTARÍA UD. DISPUESTO A REALIZARSE UN EXAMEN EN NUESTRO DEPARTAMENTO MÉDICO? SI NO

OTROS SEGUROS

QUE OTRO TIPO DE SEGURO TIENE O HA SOLICITADO:

ASEGURADOR: _____ MONTO Bs. _____ TIPO DE SEGURO: _____ FECHA: _____

ASEGURADOR: _____ MONTO Bs. _____ TIPO DE SEGURO: _____ FECHA: _____

¿LE HA SIDO NEGADA ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO FUNERARIO EN OTRA EMPRESA DE SEGUROS? (INDIQUE EL NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS Y DETALLE LA CAUSA):

Yo, el Propuesto Asegurado Titular, declaro:

- a. Que he leído y entendido cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud y Declaración de Salud que la información que suministro es verdadera, amplia, completa y exacta, dependiendo de ella la validez del Seguro.
- b. Que acepto, que la responsabilidad de la Empresa de Seguros, comienza una vez celebrado el contrato de seguros.
- c. Que no he omitido o simulado, ningún hecho o circunstancia en las respuestas que pueda modificar la opinión de la Empresa de Seguros, sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. En caso que se compruebe fraude o declaración falsa será NULO este Contrato, cesando la responsabilidad del Asegurador.
- d. Renuncio expresamente, a todos los beneficios del secreto profesional que las disposiciones legales impongan a los médicos que me han tratado o examinado, facultándolos para proporcionar a la Empresa de Seguros cualquier información que éste les solicite y que pueda referirse a mi persona.

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 EL FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO".

De acuerdo a lo establecido en el artículo 40 de las normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora publicadas el 13 de junio del 2011 en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el numero 39.694



FIRMA DEL PROPUESTO
ASEGURADO TITULAR



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL INTERMEDIARIO
DE SEGUROS

APELLOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:			CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:	
PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADOR				
CÓD.	PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRES	TASA	SUMA ASEGURADA
02	CÓNYUGE			
03				
04				
05				
06				
TOTAL PRIMA			→	
ELABORADO POR:		FIRMA:		FECHA: