

SOLICITUD DE SEGURO SOLIDARIO FUNERARIO

Nº. DE PÓLIZA:

| DATOS DEL TOMADOR PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR | | | | |
|--|----------------|---|---|---|
| Primer apellido: | | Segundo apellido o de casada: | | |
| Primer Nombre: | | Segundo Nombre: | | |
| N° de Cédula de Identidad / Pasaporte: | | 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 práctica: | | |
| Población asegurable (seleccionar solo una): <input type="checkbox"/> Jubilado: <input type="checkbox"/> Pensionado: <input type="checkbox"/> Adulto (a) mayor de 60 años: <input type="checkbox"/> Discapacitado (a): <input type="checkbox"/> Con enfermedad física <input type="checkbox"/> Con enfermedad Mental: <input type="checkbox"/> Otro, Especifique: | | | | |
| Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique Monto: | | | | |
| Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo): | | | | |
| Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Independiente | | | | |
| Profesión: | | Oficio u Ocupación: | | |
| ¿Realiza trabajos manuales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 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 HCM o salud 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 |
| ¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Nombre de la empresa: _____ | | Fecha de rechazo: _____ | | |
| Dirección de cobro: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otra: Especifique _____ | | | | |
| Forma de pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual | | | | |
| Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar N° de cuenta y Banco correspondiente: | | | | |

BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DE ASEGURADO TITULAR

| N° | Apellidos y Nombres | N° C.I. o Pasaporte | Parentesco | Fecha de Nacimiento | | | N° Participación |
|----|---------------------|---------------------|------------|---------------------|-----|-----|------------------|
| | | | | Día | Mes | Año | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |

(*) 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 Total 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 Horizonte, S.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 Horizonte, S.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 las 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, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguros 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 del pulgar del Tomador |

| |
|------------------------------------|
| El Tomador / El Solicitante |
| Firma |
| Cédula de Indentidad N° |

| |
|---|
| El Representante Legal (En caso de que lo omerite) |
| Firma |
| Cédula de Indentidad N° |

| |
|------------------------------------|
| El Tomador / El Solicitante |
| Firma |
| Cédula de Indentidad N° |

SOLO PARA USO DEL ASEGURADOR
CAUSAS DE RECHAZO DE LA SOLICITUD

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | |
|---|---------------|---------------|
| Firma del Representante de Seguros Horizonte, S.A. | Sello: | Fecha: |
|---|---------------|---------------|

| |
|--|
| |
|--|