

# SOLICITUD DE SEGURO

ZURICH LIFE

Póliza Nro.:

| DATOS DEL TOMADOR   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):  |   | Apellido (s):   | N° C.I., Pasaporte o R.I.F (Si es Persona Jurídica):  |
| Fecha y Lugar de Nacimiento   |   | Sexo :  | Estado Civil:   |
| Actividad Económica:  | Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> | Ocupación:  | Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> |
| Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:  |   |   |   |
| Profesión u Oficio:   |   |   |   |
| Ingreso Anual:  | Hasta 25.200 Bs <input type="checkbox"/>  | Entre 55.000 Bs a 110.000 Bs <input type="checkbox"/>   | Mayor a 155.000 Bs <input type="checkbox"/>   |
|   | Entre 25.200 Bs a 55.000 Bs. <input type="checkbox"/>   | Entre 110.000 Bs a 155.000 Bs. <input type="checkbox"/> |   |
| <b>Dirección de Habitación:</b>   | Calle / Avenida:  | Casa / Edificio:  |   |
| Piso:   | N° Apartamento:   | Urbanización/Sector:                                    |   |
| Ciudad:   | Estado:   | Código Postal:  |   |
| Teléfono:   | Celular:  | Correo Electrónico:                                     |   |
| <b>Dirección de Oficina:</b>  | Calle / Avenida:  | Casa / Edificio:  |   |
| Piso:   | N° Apartamento:   | Urbanización/Sector:                                    |   |
| Ciudad:   | Estado:   | Código Postal:  |   |
| Teléfono:   | Celular:  | Correo Electrónico:                                     |   |
| DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL   |   |   |   |
| Nombre(s) :   |   | Apellido (s):   | C.I., Pasaporte o R.I.F N°:   |
| DATOS DEL ASEGURADO (SI EL ASEGURADO ES EL MISMO QUE EL TOMADOR, NO SERÁ NECESARIO LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS, POR FAVOR CONTINUAR CON LOS DATOS DEL SEGURO. |   |   |   |
| Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):  |   | Apellido (s):   | N° C.I., Pasaporte o R.I.F (Si es Persona Jurídica):  |
| Fecha y Lugar de Nacimiento   |   | Sexo :  | Estado Civil:   |
| Actividad Económica:  | Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> | Ocupación:  | Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> |
| Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:  |   |   |   |
| Profesión u Oficio:   |   |   |   |
| Ingreso Anual:  | Hasta 25.200 Bs <input type="checkbox"/>  | Entre 55.000 Bs a 110.000 Bs <input type="checkbox"/>   | Mayor a 155.000 Bs <input type="checkbox"/>   |
|   | Entre 25.200 Bs a 55.000 Bs. <input type="checkbox"/>   | Entre 110.000 Bs a 155.000 Bs. <input type="checkbox"/> |   |
| <b>Dirección de Habitación:</b>   | Calle / Avenida:  | Casa / Edificio:  |   |
| Piso:   | N° Apartamento:   | Urbanización/Sector:                                    |   |
| Ciudad:   | Estado:   | Código Postal:  |   |
| Teléfono:   | Celular:  | Correo Electrónico:                                     |   |
| <b>Dirección de Oficina:</b>  | Calle / Avenida:  | Casa / Edificio:  |   |
| Piso:   | N° Apartamento:   | Urbanización/Sector:                                    |   |
| Ciudad:   | Estado:   | Código Postal:  |   |
| Teléfono:   | Celular:  | Correo Electrónico:                                     |   |
| DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL   |   |   |   |
| Nombre(s) :   |   | Apellido (s):   | C.I., Pasaporte o R.I.F N°:   |

| DATOS DEL SEGURO   |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |
|--|---------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| COBERTURAS   |                     | Plan I <input type="checkbox"/>  | Plan II <input type="checkbox"/> | Plan III <input type="checkbox"/>  | Plan IV <input type="checkbox"/> | Plan V <input type="checkbox"/> |
| Muerte por Cualquier Causa   |                     | \$10.000                         | \$15.000                         | \$20.000   | \$50.000                         | \$100.000                       |
| Muerte y Desmembramiento Accidental  |                     | \$10.000                         | \$15.000                         | \$20.000   | \$50.000                         | \$100.000                       |
| Enfermedades Graves  |                     | \$2.500                          | \$3.750                          | \$5.000  | \$12.500                         | \$25.000                        |
| Servicio de Asistencia al Viajero  |                     |                                  | Asistencia                       |  |                                  |                                 |
| Cobertura Opcional de Servicio Odontológico  |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |
| Formar de pago:  |                     | Mensual <input type="checkbox"/> | Anual <input type="checkbox"/>   | Trimestral <input type="checkbox"/>  |                                  |                                 |
| DECLARACIÓN DE SALUD   |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |
| Estatura:  |                     | Peso:                            | Tensión Arterial:                | Máxima:  | Mínima:                          |                                 |
| ¿Usted Fuma?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |                     | ¿Desde cuándo fuma?:             |                                  | ¿Cuántos cigarrillos al día?:  |                                  |                                 |
| ¿Usted Fumó?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |                     | ¿Desde cuándo dejó de fumar?:    |                                  | ¿Por cuánto tiempo fumó?:  |                                  |                                 |
| ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |                     | Tipo de bebida:                  |                                  | Indique cantidad y frecuencia:   |                                  |                                 |
| ¿Ha usado algún tipo de droga? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |                     | Tipo de droga:                   |                                  | Indique cantidad y frecuencia:   |                                  |                                 |
| ¿Se ha realizado algún examen para la determinación del virus del SIDA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |                     |                                  |                                  | Resultado: Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> |                                  |                                 |
| En caso de ser del sexo femenino ¿Está embarazada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |                     |                                  | Indique tiempo de gestación:     |  |                                  |                                 |
| BENEFICIARIOS  |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |
| Nombres y Apellidos  | Cédula de Identidad | Fecha de Nacimiento              | Parentesco                       | % de Distribución  |                                  |                                 |
|  |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |
|  |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |
|  |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |
|  |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |
| DECLARACIÓN JURADA   |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |
| <p>Mediante la firma de la presente solicitud, el Propuesto Asegurado de la póliza Zurich Life, declara que: a la fecha me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física o funcional no se encuentra reducida. No padezco, ni he padecido de las siguientes enfermedades: Cáncer, HIV-Sida, Cardiovasculares, Neurológicas, Insuficiencia Renal, Psiquiátricas, Pulmonares, Hipertensión Arterial, Cirrosis, Hepatitis B, Diabetes y Tumores, que afecten mi estado de salud actual. En los últimos dos (2) años no he sido sometido(a), ni me han sido programados tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón de las enfermedades descritas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ella en forma causal o consecuencial. No poseo adicciones al consumo de alcohol, drogas, sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Mis actividades y ocupaciones son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales.</p> <p>Ante cualquier falta de veracidad en las declaraciones anteriores, se aplicará lo dispuesto en el numeral denominado "Declaraciones Falsas en la Solicitud" de las Condiciones Generales de la Póliza. En todo caso, el Propuesto Asegurado deberá abstenerse de firmar esta solicitud en el caso de no cumplirse cualesquiera de las declaraciones indicadas anteriormente.</p> <p>De igual forma, el Propuesto Asegurado autoriza a los médicos, clínicas e instituciones de salud para suministrar a Zurich Seguros S.A. en el momento que lo requiera todos los datos que posean sobre mi estado de salud, antes o después de mi fallecimiento.</p> <p>Declara bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas Sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.</p> <p>El pago de la prima será efectuado en Bolívares a la tasa de cambio oficial vigente para la fecha de su pago; así mismo el pago de las indemnizaciones por parte de la ASEGURADORA, se efectuarán en Bolívares, a la tasa de cambio oficial vigente para la fecha en que el ASEGURADO efectuó el pago de la prima, tal y como se encuentra previsto en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Zurich Life.</p> |                     |                                  |                                  |  |                                  |                                 |

Firmo en total conformidad con todo lo anteriormente expuesto

Se firma en: \_\_\_\_\_

Fecha:                    /                    /



\_\_\_\_\_  
Tomador

\_\_\_\_\_  
Propuesto Asegurado

\_\_\_\_\_  
Intermediario Designado

Por el Tomador

Huella dactilar del pulgar de la mano derecha,  
o en su defecto mano izquierda  
del Tomador y Propuesto Asegurado