

PLANILLA DE SOLICITUD DE SEGURO

SEGURO DE CRÉDITO

DATOS DEL TOMADOR / SOLICITANTE			
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"/>	
Dirección de Habitación:		Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:		N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono:		Celular:	Correo Electrónico:
Dirección de Oficina:		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):	C.I., Pasaporte o R.I.F N°:
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"/>	
Dirección de Habitación:		Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:		N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono:		Celular:	Correo Electrónico:
Dirección de Oficina:		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°:
PARENTESCO DEL ASEGURADO CON EL TOMADOR			
Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> El mismo Tomador <input type="checkbox"/>			
Solicito mi inclusión como Asegurado en la póliza SEGURO DE CRÉDITO de Zurich Seguros, S.A, contratada con las Coberturas y Sumas Aseguradas descritas a continuación. Igualmente, declaro que el interés asegurado está construido sobre terreno apto para la construcción y su estructura está realizada con elementos resistentes al fuego (concreto, cemento, bloques de cemento o arcilla, frisados por ambos lados) y además cuenta con los elementos básicos de seguridad (puertas, cerraduras):			

Seleccione con una equis (X) la(s) sección(es) a contratar de acuerdo a las coberturas que desea

SECCIÓN A <input type="checkbox"/>		SECCIÓN B <input type="checkbox"/>	
Vida e Incapacidad Total y Permanente		Daños Patrimoniales	
COBERTURAS	% de Suma Asegurada	COBERTURAS	% de Suma Asegurada
Muerte por Cualquier Causa	100%	Incendio, Relámpago, Rayo, Explosión, Caída de Aeronaves, Agua u otros Agentes de Extinción	100%
		Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	100%
Incapacidad Total y Permante	100%	Terremoto o Temblor de Tierra	100%
		Inundación	100%
		Daños por Agua	10%
SUMA ASEGURADA (Monto de la Deuda)	Bs:	SUMA ASEGURADA (Valor del Interés Asegurado)	Bs:

Estatura: _____ Peso: _____

Frecuencia de Pago Anual Trimestral **Prima a Pagar según la Frecuencia de Pago**
Bs: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO PREFERENCIAL

Nombre y/o Razón Social: _____ N° C.I., Pasaporte o R.I.F: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO DESIGNADO

Nombres y Apellidos	Sexo	Fecha de Nacimiento	C.I.	Parentesco	%

DECLARACIÓN JURADA

Mediante la firma de la presente solicitud el Asegurado Propuesto de la póliza SEGURO DE CRÉDITO, declara de forma verídica, exacta y sin omisión que: a la fecha su estado de salud es bueno y que su habilidad física y funcional no se encuentra reducida. No tiene conocimiento de estar padeciendo ni haber padecido enfermedades congénitas, cardíacas, cirrosis o diabetes, ni tiene ningún tipo de lesión incapacitante, ni transitoria, ni permanente. No es adicto(a) al consumo de alcohol, drogas, sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Sus actividades y ocupaciones son lícitas y las ejerce dentro de los marcos legales. En caso contrario especifique: _____

Así mismo, autoriza a Zurich Seguros para solicitar a los médicos, clínicas o instituciones de salud todos los datos que posean sobre su estado de salud, liberándolos del secreto médico previsto en el artículo 47 de la Ley de Ejercicio de la medicina, antes o después de mi fallecimiento.

Como Tomador de la Póliza SEGURO DE CRÉDITO, autorizo la renovación anual automática con indexación anual de la Suma Asegurada de acuerdo al INPC establecido por el Banco Central de Venezuela, para el año en curso. En caso de declaraciones falsas en la Solicitud de Seguro se aplicará lo dispuesto en el numeral 8 de las Condiciones General de la Póliza. Declaro 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.

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

Zurich Seguros, S.A. RIF. J-00034024-2.. Inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda en fecha 9 de Agosto de 1.951, bajo el N° 672, Tomo 3-C. Dirección: Torre Sud América, entre Av. Francisco de Miranda y Av. Tamanaco con calle Moledano, pisos 7 y 8, Urb. El Rosal, Caracas, Venezuela. <http://www.zurich.com.ve>