

POLIZA DE SEGURO DE SALUD
SOLICITUD DE SEGURO

Con 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 partes.

DATOS DEL TOMADOR							
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre	
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:	Nacionalidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	F/Nacimiento: __/__/____ dd/ mm/ aaaa
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>						Ingreso anual Bs.:	
Profesión:		Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Cargo:	
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()				Fax: ()		Correo Electronico:	
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()				Fax: ()		Correo Electronico:	
En caso de ser Persona Jurídica, Datos Corporativos:							
Razón Social:			Nombre Comercial:			N° de Registro Mercantil:	F/Registro:
En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Representante Legal:							
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre	
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:	Nacionalidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	F/Nacimiento: __/__/____ dd/ mm/ aaaa	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Ingreso anual Bs.:	
Profesión:		Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Cargo:	
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()				Fax: ()		Correo Electronico:	
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()				Fax: ()		Correo Electronico:	
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR							
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre	
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:	Nacionalidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		F/Nacimiento: __/__/____ dd/ mm/ aaaa	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estatura:	Peso:
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>						Ingreso anual Bs.:	
Profesión:		Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Cargo:	
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()				Fax: ()		Correo Electronico:	
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()				Fax: ()		Correo Electronico:	

DIRECCIÓN DE COBRO									
Casa:			Edificio:				Apto./Oficina:		
Piso:		Avenida:			Calle/Transversal/Vereda:				
Urbanización:				Ciudad:			Parroquia:		
Municipio:				Estado:			Cod. Postal:		
Teléfono: ()				Fax: ()			Correo Electronico:		
COBERTURAS SOLICITADAS							DEDUCIBLE	SUMA ASEGURADA	
Básica									
Exceso							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Opcionales (El Tomador no está obligado a contratar estas coberturas, pero si desea contratarla marque con una X)									
Maternidad							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Muerte Accidental e Invalidez Permanente por Accidente							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Gastos Funerarios							SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
DATOS DE PERSONAS A ASEGURAR									
Código	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	F/Nacimiento	C.I	Parentesco	Talla	Peso
2									
3									
4									
5									
6									
7									
Marque con una "X" la casilla que corresponda y en caso afirmativo subraye la enfermedad o dolencia que padezca o haya padecido e indique el código o (los) número(s) correspondiente(s) al (los) Asegurado(s). El Código de Identificación para el Titular es 1.									
DECLARACIÓN DE SALUD							SI	NO	Código del Asegurado
A	Enfermedades de la Piel (Dermatitis, Acné, Vitiligo, Manchas Hiperocrómicas, Verrugas y Nevus) Ojos (Cataratas, Defectos de la refracción del cristalino), Oídos (Otitis), Nariz o Garganta (Desviación del tabique nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis) Otras relacionadas.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	Enfermedades Respiratorias (Ronqueras, Tos Persistente, Sangre en el Espujo, Bronquitis, Asma, Enfisema, Tuberculosis, Pleuresía, Neumonía, Bronconeumonía) Otras relacionadas.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión Arterial, infarto al Miocardio, Palpitaciones, Angina de pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis) u otras afecciones del corazón.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	Cefaleas, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis, retardo mental, trastorno mental, neuropatía, vértigos u otra afección del cerebro o del sistema nervioso. Enfermedad mental.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E	Enfermedades Digestivas, Gastritis, Úlcera Péptica, Afecciones Hepáticas, Cálculos Vesiculares, Hemorroides, Alteraciones Pancreáticas, Colon y Rectal.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F	Enfermedades del Tracto Genito-Urinario, Albúmina, sangre, pus, o infecciones en la orina, cálculos u otra alteración en los riñones, vejiga o próstata. Otras relacionadas.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	Enfermedades de transmisión sexual (Sífilis, Gonorrea, Herpes Genital, Chancro Blando), Infecciosas (Tuberculosis, Hepatitis, Meningitis, Infecciones por virus del Papiloma Humano "V.P.H.", "SIDA.", "Infecciones por virus de Inmunodeficiencia Humana H.I.V.) Parasitarias (Paludismo, Disentería, Chagas, Amibiasis, Bilharzia)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	Enfermedades del Aparato Osteomuscular (Neuritis, Ciática, Gota, reumatismo, Hernias Discales, Artritis, Desviación de la Columna Vertebral, Problemas en la Circulación, Fracturas, Esguinces) Otras relacionadas.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	Enfermedades del Sistema Endocrino (Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol, Triglicéridos). Otras relacionadas.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	Ganglios linfáticos inflamados, Quistes, Tumores, Cáncer, Enfermedades hematológicas, Leucemia, Lepra, Herpes.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	Defectos físicos, Anomalías o Enfermedad Congénita o Adquirida, Trastornos del desarrollo psíquico y somático.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	Alguna de las personas a ser incluidas consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (Heroína, Cocaína, Marihuana u otras)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	Ha tenido algún cambio de peso, ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos dos años						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	Ha sido paciente de algún Hospital, Clínica o Sanatorio						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O	Se ha practicado algún chequeo, consulta médica por enfermedad o cirugía en los últimos cinco (5) años.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P	Existen algunas alteraciones de la salud o síntomas que no se mencionan en alguna pregunta de esta declaración. Especifique:						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso de ser afirmativa alguna de las preguntas anteriores, explique en detalle: Nombre de la persona, tipo de padecimiento, fecha de diagnóstico, duración, tipo de tratamiento médico o intervención efectuada, estado actual, fecha del último chequeo, nombre y dirección del médico tratante: _____									

¿Alguna(s) (de las persona(s) del grupo familiar incluidas en esta Solicitud de Seguros tiene previsto someterse a un tratamiento médico o intervención quirúrgica? Si No De ser afirmativo, explique: _____

¿Alguna de las mujeres incluidas en esta Solicitud de Seguros está embarazada? Si o En caso de ser afirmativo indique quien(es): _____

¿Algunas de las mujeres incluidas en esta Solicitud de Seguros ha tenido embarazos? Si o ser afirmativo, indique:

Nombre de la Persona: _____ ¿Cuántos? _____ Fecha del último Parto: _____
Parto normal, ¿cuántos? _____ Cesáreas, ¿cuántas? _____ Abortos: ¿Cuántos? _____

¿Mantiene usted o alguna de las personas que conforman el grupo por asegurar, en esta o en otra Empresa de Seguros, un seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad? Si No En caso afirmativo indique:

Nombre de la Persona:	Suma Asegurada:	Deducible:	Empresa de Seguros

¿En alguna oportunidad le ha sido negado o anulado a usted o cualesquiera de las personas que integran el grupo a asegurar Seguro de Vida, Hospitalización, Cirugía, Maternidad o Accidentes Personales? Si No
En caso afirmativo indique:

Nombre de la Persona:	Tipo de Seguro:	Nro. Póliza	Empresa de Seguros

BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres	Parentesco	C. I / R.I.F.	F/Nacimiento	Sexo	% de Part.:

En caso de muerte de algún DEPENDIENTE en este seguro el BENEFICIARIO serán los Herederos Legales

DECLARACIONES y AUTORIZACIONES

Yo, PROPUESTO ASEGURADO TITULAR,

* Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

* Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la ASEGURADORA sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.

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

* Asimismo autorizo a la ASEGURADORA, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.

Yo, el TOMADOR de la Póliza, 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 Aseguradora.

EN CARACAS A LOS _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

Firmas:

EI TOMADOR

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

PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

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

Intermediario (es):

Apellido(s) y Nombres:	Código N°:	(%) Porc. de Participación:	Firma:

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

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según oficio N° SAA-1-1-10054-2014 de fecha 03/12/2014