

**SOLICITUD DE SEGURO
PÓLIZA DE EXCESO INDIVIDUAL DE HCM
PARA EL PERSONAL CIVIL ADSCRITO AL
M.P.P.D.**

N° DE PÓLIZA:

FECHA:

Av. Francisco de Miranda, Torre La Primera, pisos 3,5, 6, 7, 8, 10,11, 12, 14, PH
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"

De acuerdo con la información solicitada a continuación, el Asegurador tomará la decisión de aceptar o no el riesgo, es por ello que agradecemos que esta solicitud sea completada en todas sus partes con letra legible o de imprenta y sin enmienda.

<input type="checkbox"/> EMISIÓN <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN <input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN						
DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA						
RAZON SOCIAL:				N° DE R.I.F.:		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:				N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD:		
DIRECCIÓN DE COBRO:				TELÉFONO (Indique código de Área):		
ACTIVIDAD COMERCIAL, PROFESIONAL O INDUSTRIAL:				INGRESO PROMEDIO ANUAL:		
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR						
APELLIDOS Y NOMBRES:					No. C.I. O PASAPORTE: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		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"/>	EDAD:	ESTATURA:	PESO:
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:						
ESTADO:		CIUDAD:	ZONA POSTAL:	TELÉFONO MÓVIL: Cód. Área: N°	TELÉFONO LOCAL: Cód. Área: N°	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA:						
ESTADO:		CIUDAD:	ZONA POSTAL:		TELÉFONO OFICINA: Cód. Área: N°	
PROFESIÓN U OFICIO:				ACTIVIDAD ECONÓMICA:		
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: INDEPENDIENTE, EMPLEADO O SOCIO:				INGRESO PROMEDIO ANUAL:		
ACTIVIDADES ESPECIALES QUE REALIZA:						
COBERTURAS SOLICITADAS						
RAMO	HOSPITALIZACIÓN - CIRUGÍA		MATERNIDAD		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
MONTO						
DATOS DEL GRUPO FAMILIAR A SER INCLUIDO EN LA PÓLIZA						
CÓD.	PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRES	N° C.I. O PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
01	TITULAR					
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO TITULAR Y/O FAMILIARES

RESPONDA EL CUESTIONARIO E INDIQUE SI USTED O CUALQUIERA DE LAS PERSONAS DE SU GRUPO FAMILIAR HAN PADECIDO, HAN SIDO DIAGNOSTICADOS, TRATADOS O MEDICADOS, POR ALGUNOS DE LOS SINTOMAS Y/O ENFERMEADES DETALLADAS A CONTINUACIÓN (En caso afirmativo subraye la enfermedad que corresponda)

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NOMBRE(S) DE LA(S) PERSONA(S) AFECTADA(S)
1. ENFERMEADES CADIOVASCULARES: Hipertensión Arterial, infarto al Miocardio, Arritmia Cardíaca, Aneurisma, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Varices			
2. ENFERMEADES VASCULARES: Accidentes Vasculares, Hemiplejia, Parálisis, Hemorragias Cerebrales, Epilepsia o similares			
3. ENFERMEADES DE LA SANGRE: Leucemia, Sida o similares.			
4. ENFERMEADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS: Ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresia, neumonía, bronconeumonía			
5. ENFERMEADES DE LAS VÍAS DIGESTIVAS: Gastritis, Ulceras, Hemorragias Digestivas, Hepatitis, Cirrosis, Hemorroides o similares.			
6. ENFERMEADES DEL SISTEMA ENDOCRINO: Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos			
7. ENFERMEADES OSTEOMUSCULARES: Neuritis, Ciática, Gota, Reumatismo, Hernias Discuales, Artritis, Desviación de la Columna Vertebral, Problemas en las Articulaciones, Trastornos de los Ligamentos de las Rodillas y Meniscos			
8. ENFERMEADES GENITO-URINARIAS: Albúmina, sangre, pus, o infecciones en la orina, cálculos u otra alteración en los riñones, vejiga o próstata, varicocele, fimosis, parafimosis			
9. ENFERMEADES DE LA PIEL, OJOS, OÍDOS, NARÍZ, GARGANTA: Desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis, Cataratas, Hipertrofia de Cornetes, Timpanocentesis, Timpanoplastia o similares			
10. ENFERMEADES Y DESORDENES MENTALES, DEFECTOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS O SIMILARES.			
11. Cáncer, Tumores, ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores benignos, adenomas benignos de la mama o similares.			
12. ENFERMEADES PROPIAS DE LA MUJER: Sangramiento Genital, Fibroma Uterino, Prolapso Genital, Incontinencia Urinaria, Afecciones en las Trompas y Ovarios, Glandulas Mamarias, Osteoporosis, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Pólipos Endometriales			
13. HA SUFRIDO ACCIDENTES, HERIDAS, FRACTURAS O SIMILARES.			
14. HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN O SIMILARES.			
15. HA RECIBIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE, QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA O SIMILARES.			
16. LE HA SIDO INDICADA O PRACTICADA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O SE HA SOMETIDO A TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA ENFERMEDAD O LESIÓN ADICIONAL A LAS ANTERIORES.			
17. ENFERMEADES VENÉREAS, INFECCIONES O PARASITARIAS: Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis, Meningitis, Amibiasis			
18. OTROS (Especifique).			

SI ALGUNA DE ESTAS PREGUNTAS FUERON CONTESTADAS AFIRMATIVAMENTE, IDENTIFIQUE A LA PERSONA COMPLETANDO EL SIGUIENTE CUADRO (ADJUNTE INFORME MÉDICO O CUALQUIER OTRO REPORTE, BIOPSIA, CERTIFICACIONES Y DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO)

PERS. COD.	PREG. N°	CAUSA O DIAGNOSTICO	FECHA DE INICIO	DURACIÓN (MESES)	TRATAMIENTO SI / NO	NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE DE LA CLÍNICA
Titular							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

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

SÓLO PARA EL ASEGURADO TITULAR (SEXO FEMENINO) O CONYUGE (SI ESTÁ INCLUIDA)

ESTÁ LA ASEGURADA TITULAR O LA CONYUGE EMBARAZADA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿QUE TIEMPO TIENE?	FECHA DEL ÚLTIMO PARTO:	¿HA TENIDO ABORTOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--------------------	-------------------------	---

DETALLES:

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 SEGUROS DE HOSPITALIZACIÓN Y MATERNIDAD EN OTRA EMPRESA DE SEGURO? SI NO
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS:

DETALLE DE LA CAUSA:

ES LA PRIMERA VEZ QUE CONTRATA UN SEGURO DE ESTE TIPO? SI NO
EN CASO NEGATIVO INDIQUE SI LA PÓLIZA ESTÁ VIGENTE, LA FECHA DE ANULACIÓN Y EL ASEGURADOR CON LA CUAL FUE CONTRATADA

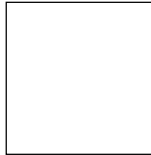
USTED O ALGUNO DE SUS FAMILIARES ESTA INSCRITO EN UN SEGURO INDIVIDUAL O COLECTIVO DE SALUD? SI NO
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL NOMBRE DEL TOMADOR Y DEL ASEGURADOR.

Yo, el Asegurado Titular, declaro:

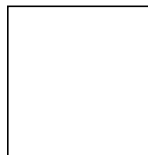
- a. Que he leído y entendido cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud de Seguro y que la información que suministro es verdadera, amplia, completa y exacta, dependiendo de ella la validez del Seguro.
- b. Que acepto, que la responsabilidad del Asegurador, comienza una vez celebrado el contrato de seguros.
- c. Que no he omitido o simulado, ningún hecho o circunstancia en las respuestas que pueda modificar la opinión del Asegurador, sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- 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 al Asegurador cualquier información que éste les solicite y que pueda referirse a mi persona.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN DE FONDOS

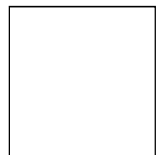
YO, EL TOMADOR, DOY FE QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO PROVIENE DE UNA FUENTE LÍCITA Y NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON CAPITALES, BIENES, HABERES O BENEFICIOS DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES ILÍCITAS O DE LOS DELITOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES PREVISTOS EN LA "LEY ORGANICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA".



Huella Dactilar
Pulgar Derecho



Huella Dactilar
Pulgar Derecho



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

FIRMA DEL
ASEGURADO TITULAR

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL INTERMEDIARIO
DE SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:

OBSERVACIONES: