

SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE EXCESO DE SALUD INDIVIDUAL

N°. DE PÓLIZA:
FECHA:

Av. Tamanaco con Av. Naiguatá. Edificio Centro Empresarial Horizonte.
Urb. El Rosal. Chacao, Estado Miranda. RIF G-20008701-3
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 48
Capital Suscrito y Pagado: Bs. 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 ASEGURADO TITULAR			
APELLIDOS Y NOMBRES:		N° CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° DE R.I.F PERSONAL		NACIONALIDAD:	EDAD: ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	PROFESIÓN U OFICIO:
PARROQUIA:	MUNICIPIO:	CIUDAD:	ESTADO:
N° DE TELÉFONO:	N° TELF. CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:	
RELACIÓN DE DEPENDENCIA: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Libre Ejercicio o Profesión <input type="checkbox"/> Independiente		DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, PRODUCTO O SERVICIO QUE DESARROLLA:	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA O PRESTA SERVICIO:		DIRECCIÓN DE TRABAJO:	
PARROQUIA:		MUNICIPIO:	CIUDAD:
ESTADO:	N° DE R.I.F. DONDE TRABAJA:	FECHA DE INGRESO:	CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJO:
CARGO:	N° TELÉFONO DEL TRABAJO:	INGRESO ANUAL:	EL TOMADOR ES EL MISMO TITULAR DE LA PÓLIZA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA (PERSONA JURÍDICA)			
NOMBRE DE LA EMPRESA:		NUMERO DE R.I.F.: J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN :
			PARROQUIA:
MUNICIPIO:	CIUDAD:	ESTADO	N° DE TELÉFONO:
DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, PRODUCTO O SERVICIO QUE DESARROLLA:			INGRESO PROMEDIO ANUAL:
CORREO ELECTRÓNICO:		FECHA DE CONSTITUCIÓN:	N° DE REGISTRO: TOMO:
DATOS PERSONALES DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL)			
APELLIDOS Y NOMBRES:		N° CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
N° DE R.I.F PERSONAL		NACIONALIDAD:	EDAD: ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	PROFESIÓN U OFICIO:
PARROQUIA:	MUNICIPIO:	CIUDAD:	ESTADO:
N° DE TELÉFONO:	N° TELF. CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:	
RELACIÓN DE DEPENDENCIA: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Libre Ejercicio o Profesión <input type="checkbox"/> Independiente		DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, PRODUCTO O SERVICIO QUE DESARROLLA:	
DATOS LABORALES DEL TOMADOR			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA O PRESTA SERVICIO:		DIRECCIÓN DE TRABAJO:	
		PARROQUIA:	MUNICIPIO:
CIUDAD:	ESTADO:	N° DE R.I.F.:	CARGO: FECHA DE INGRESO:
N° TELÉFONO DEL TRABAJO:	CORREO ELECTRÓNICO DEL TRABAJO:		INGRESO ANUAL:
COBERTURA SOLICITADA			
RAMO	HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA (EXCESO)	MONTO	

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR A SER INCLUIDO EN LA PÓLIZA

Nº	PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRES	Nº C.I. O PASAPORTE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTATURA	PESO
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 SÍNTOMAS Y/O ENFERMEDADES DETALLADAS A CONTINUACIÓN (En caso afirmativo subraye la enfermedad que corresponda)

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NOMBRE(S) DE LA(S) PERSONA(S) AFECTADA(S)
1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: Hipertensión Arterial, infarto al Miocardio, Arritmia Cardíaca, Aneurisma, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Varices			
2. ENFERMEDADES VASCULARES: Accidentes Vasculares, Hemiplejía, Parálisis, Hemorragias Cerebrales, Epilepsia o similares			
3. ENFERMEDADES DE LA SANGRE: Leucemia, Sida o similares.			
4. ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS: Ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresia, neumonía, bronconeumonía			
5. ENFERMEDADES DE LAS VÍAS DIGESTIVAS: Gastritis, Ulceras, Hemorragias Digestivas, Hepatitis, Cirrosis, Hemorroides o similares.			
6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO: Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos			
7. ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES: Neuritis, Ciática, Gota, Reumatismo, Hernias Discales, Artritis, Desviación de la Columna Vertebral, Problemas en las Articulaciones, Trastornos de los Ligamentos de las Rodillas y Meniscos			
8. ENFERMEDADES GENITO-URINARIAS: Albúmina, sangre, pus, o infecciones en la orina, cálculos u otra alteración en los riñones, vejiga o próstata, varicocele, fimosis, parafimosis			
9. ENFERMEDADES DE LA PIEL, OJOS, OÍDOS, NARÍZ, GARGANTA: Desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis, Cataratas, Hipertrofia de Cornetes, Timpanocentesis, Timpanoplastia o similares			
10. ENFERMEDADES 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. ENFERMEDADES 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. ENFERMEDADES VENÉREAS, INFECCIONES O PARASITARIAS: Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis, Meningitis, Amibiasis			
18. OTROS (Especifique).			

SI ALGUNA DE ESTAS PREGUNTAS ANTERIORES 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)

N°	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							
09							

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

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

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 EL FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO".

De acuerdo a lo establecido en el artículo 40 de las normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora publicadas el 13 de junio del 2011 en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el numero 39.694

FIRMA DEL
ASEGURADO TITULAR



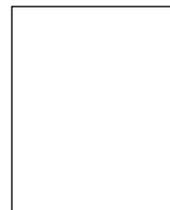
Huella Dactilar
Pulgar Derecho
o en su Defecto
Pulgar Izquierdo

FIRMA DEL TOMADOR



Huella Dactilar
Pulgar Derecho
o en su Defecto
Pulgar Izquierdo

FIRMA DEL INTERMEDIARIO
DE SEGUROS



Huella Dactilar
Pulgar Derecho
o en su Defecto
Pulgar Izquierdo

APellidos y Nombres del Intermediario de Seguros:

Código del Intermediario:

OBSERVACIONES:
