

SOLICITUD DE SEGURO HORISALUD

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: 591.095.765,37
Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela"

De acuerdo con la información solicitada a continuación, la Empresa de Seguros 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									
APELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL:						CÉDULA DE IDENTIDAD O N° DE R.I.F.:			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE EN CASO DE PERSONA JURÍDICA:									
DIRECCIÓN DE COBRO:									
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:		TELÉFONO: Cód. Área: N°		TELÉFONO (Otro Donde Ubicarlo): Cód. Área: N°	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			ACTIVIDAD U OCUPACIÓN:			INGRESO MENSUAL APROXIMADO:		INGRESO ANUAL:	
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR									
APELLIDOS Y NOMBRES:					No. C.I. O PASAPORTE: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>			LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	
PROFESION :		OCUPACION :		ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		SEXO:	EDAD:	ESTATURA:	PESO:
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:									
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:		TELÉFONO: Cód. Área: N°		TELÉFONO (Otro Donde Ubicarlo): Cód. Área: N°	
DIRECCIÓN DE TRABAJO:						CIUDAD:		ZONA POSTAL:	
ESTADO:		TELÉFONO: Cód. Área: N°		TELÉFONO (Otro Donde Ubicarlo): Cód. Área: N°		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			
INDIQUE LA RELACIÓN O PARENTESCO CON EL TOMADOR DE LA PÓLIZA:						INGRESO MENSUAL APROXIMADO:		INGRESO ANUAL:	
SI ES MILITAR INDIQUE:		FUERZA:		GRADO:		SITUACIÓN:			
ACTIVIDADES ESPECIALES QUE REALIZA:									
COBERTURA BÁSICA SOLICITADA:			COBERTURAS OPCIONALES: (MARQUE CON UNA X LA COBERTURA QUE DESEA Y COLOQUE EL MONTO)						
RAMO	HOSPITALIZACIÓN - CIRUGÍA		MATERNIDAD		VIDA		ACCID. PERSON.		SEGURO FUNER.
MONTO			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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	SELECCIONE EL RAMO		
							H.C.M.	SERV. FUNER.	
01	ASEGURADO TITULAR								
02									
03									
04									
05									
06									
07									
BENEFICIARIOS PARA LAS COBERTURAS DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y SERVICIOS FUNERARIOS									
APELLIDOS Y NOMBRES		PARENTESCO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NAC.	EDAD	% DE DISTRIBUCIÓN			
						VIDA	ACC. PERS.	SERV. FUNER.	

DECLARACIÓN DE SALUD DEL PROPUESTO 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 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 CADIOVASCULARES: 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, Úlceras, 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 Discuales, 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, Amibiiasis			
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 PROPUESTO ASEGURADO TITULAR (SEXO FEMENINO) O CONYUGE (SI ESTÁ INCLUIDA)

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

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, VIDA Y/O ACCIDENTES PERSONALES EN OTRA EMPRESA DE SEGUROS? SI NO EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS:

DETALLES 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 Propuesto Asegurado Titular, declaro:

- a. Que he leído y entendido cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud y Declaración de Salud 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 Y DESTINO 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, CAPITALS, 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



Huella Dactilar
Pulgar Derecho



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:	CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:
---	---------------------------

OBSERVACIONES: