

## SOLICITUD DE SEGURO SOLIDARIO DE SALUD

N°. DE PÓLIZA:

|   |                |   |   |
|---|----------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emisión  |                | <input type="checkbox"/> Inclusión  |   |
| <b>DATOS DEL TOMADOR PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR</b>  |                |   |   |
| Primer apellido:  |                | Segundo apellido o de casada:   |   |
| Primer Nombre:  |                | Segundo Nombre:   |   |
| N° de Cédula de Identidad / Pasaporte:  |                | Sexo:<br><input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Estado Civil:<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro: |
| Fecha de Nacimiento   | Edad:          | Lugar de nacimiento:  | Nacionalidad:   |
| Peso (Kg):  | Estatura (cm): | Deportes que practica:  |   |
| Población asegurable (seleccionar solo una):<br><input type="checkbox"/> Discapacitado (a) <input type="checkbox"/> Con enfermedad física <input type="checkbox"/> Con enfermedad Mental: <input type="checkbox"/> Otro, Especifique: |                | Jubilado:   | Pensionado: Adulto (a) mayor de 60 años:  |
| Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique Monto:  |                |   |   |
| Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo):   |                |   |   |
| Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Independiente  |                |   |   |
| Profesión:  |                | Oficio u Ocupación:   |   |
| Ingreso promedio anual esperado:  |                |   |   |
| Dirección de habitación calle/avenida:  |                | Urbanización /sector:   | Casa/Edificio:  |
| Piso:   | Apartamento N° | Ciudad:   | Municipio:  |
| Estado:   |                | Código postal:  | Teléfono habitación: ( )<br>Teléfono Celular: ( )   |
| Dirección de correo electrónico personal:   |                |   |   |
| Dirección de trabajo:   |                |   | Ciudad:   |
| Municipio:  | Estado:        | Código Postal:  | Teléfono Oficina: ( )<br>FAX: ( )   |
| Dirección de correo electrónico laboral:  |                |   |   |
| <b>Si posee un contrato de HCM o salud con otra empresa, responda lo siguiente:</b>   |                |   |   |
| Empresa:  | N° contrato:   | Monto de la cobertura:  | Deducible: Tipo de póliza:  |
|   |                |   | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria   |
|   |                |   | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria   |
|   |                |   | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria   |
| ¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |                |   |   |
| Nombre de la empresa: _____ Fecha de rechazo: _____   |                |   |   |
| Dirección de cobro:<br><input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otra: Especifique _____  |                |   |   |
| Forma de pago:<br><input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual  |                |   |   |
| Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar N° de cuenta y Banco correspondiente:  |                |   |   |
| Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito indicar N° de tarjeta de y Banco correspondiente:   |                |   |   |

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO QUE LO AMERITE)**

|  |       |                                  |         |                      |  |  |  |
|--|-------|----------------------------------|---------|----------------------|--|--|--|
| Apellido y Nombres:                    |       |                                  |         |                      | N° Cédula de identidad / Pasaporte:<br><input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E |  |  |
| Dirección de habitación/Calle/Avenida: |       |                                  |         | Urbanización/Sector: |  |  |  |
| Casa/Edificio:                         | Piso: | Apartamento:                     | Ciudad: | Estado:              | Código Postal:   |  |  |
| Teléfono habitación:<br>( )            |       | Teléfono Celular:<br>( )         |         |                      | Teléfono Oficina:<br>( )   |  |  |
| FAX:<br>( )                            |       | Dirección de correo electrónico: |         |                      |  |  |  |

**DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA PÓLIZA**

| N° Asegurado | Parentesco | Apellidos y Nombres | N° C.I. o Pasaporte | Sexo | Fecha de Nacimiento |     |     | Edad | Estatura (cm) | Peso (Kg) | Profesión y Ocupación |
|--------------|------------|---------------------|---------------------|------|---------------------|-----|-----|------|---------------|-----------|-----------------------|
|              |            |                     |                     |      | Día                 | Mes | Año |      |               |           |                       |
| 2            |            |                     |                     |      |                     |     |     |      |               |           |                       |
| 3            |            |                     |                     |      |                     |     |     |      |               |           |                       |
| 4            |            |                     |                     |      |                     |     |     |      |               |           |                       |
| 5            |            |                     |                     |      |                     |     |     |      |               |           |                       |
| 6            |            |                     |                     |      |                     |     |     |      |               |           |                       |
| 7            |            |                     |                     |      |                     |     |     |      |               |           |                       |
| 8            |            |                     |                     |      |                     |     |     |      |               |           |                       |
| 9            |            |                     |                     |      |                     |     |     |      |               |           |                       |
| 10           |            |                     |                     |      |                     |     |     |      |               |           |                       |

Nota: El N° 1 Corresponde al Asegurado Titular.

**DECLARACIÓN DE SALUD**

**INDIQUE SI USTED Y/O ALGUNA DE LAS PERSONAS A SER INCLUIDAS EN LA PÓLIZA**

|   |   |
|---|---|
| 1 ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2 ¿Se le ha practicado algún examen, hospitalización o intervención quirúrgica, tratamiento o consulta médica que no se haya efectuado hasta la fecha?                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3 ¿Ha estado en algún hospital, casa de reposo, clínica, sanatorio o en consulta con médico general, internista o especialista en los últimos dos (2) años?               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4 ¿le han practicado exámenes especiales de diagnóstico, radiografías, electrocardiograma de reposo o de esfuerzo de análisis de laboratorio en los últimos dos (2) años? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 5 ¿ingiere bebidas alcohólicas o fuma?  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 6 ¿Se ha practicado exploraciones para pesquisas, diagnósticos o ha sido tratado por cáncer, tumores o fibromas?  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 7 ¿Ha sufrido algún accidente que le haya dejado mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 8 ¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o alteración de la salud?  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 9 ¿Se encuentra en estado de gravidez? (De ser afirmativo indique cuantos meses)  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Si alguna de las preguntas fue contestada afirmativamente, especifique los siguientes datos:

| N° Asegurado | N° Pregunta | Diagnóstico | Fecha | Durante (Meses) | Tratamiento | Nombre Médico | Institución Hospitalaria |
|--------------|-------------|-------------|-------|-----------------|-------------|---------------|--------------------------|
|              |             |             |       |                 |             |               |                          |
|              |             |             |       |                 |             |               |                          |
|              |             |             |       |                 |             |               |                          |

El solicitante y/o sus Dependientes estarán obligados a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por el Asegurador a costa de éste:

**COBERTURA BÁSICA Y ANEXOS**

|                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| Suma asegurada básica (Bs.) | Suma asegurada maternidad (Bs.) |
|-----------------------------|---------------------------------|

