



Compañía Anónima, inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora - Ministerio del Poder Popular para la Economía, Finanzas y Banca Pública Bajo el N° 44. Miembro de la Cámara de Aseguradores de Venezuela R.I.F. J-07001737-6 Av. Las Pilas, Urb. Santa Inés Edificio Seguros Los Andes, San Cristóbal, Táchira. Inscrita en el Registro de Comercio que llevaba el Juzgado de Primera Instancia Civil y Mercantil del Estado Táchira, Bajo el N° 16 de Fecha 06 de Febrero de 1.956.
Lic. Luz Mary Chacón Avendaño Vicepresidente Ejecutivo de Seguros Los Andes C. A., Representante Legal de la Empresa, según Poder Autenticado ante la Notaría Pública Octava del Municipio Autónomo de Chacao del Distrito Metropolitano de Caracas, de fecha 13 de Junio de 2016, inserto bajo el N° 11, Tomo 229.

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INTEGRAL

Fecha Solicitud	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M	D	M	A	Hasta 12M	D	M	A
-----------------	-----------	----------	-----------	---	---	---	-----------	---	---	---

DATOS DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. N° / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Profesión u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Actividad Económica, si es comerciante indique el ramo		Productos y Servicios que ofrece	
Dirección de Habitación		Teléfono de Habitación	
Dirección de Oficina		Teléfono de Oficina	
Cobro en: <input type="checkbox"/> Hab. <input type="checkbox"/> Ofic.	Celular	País	Estado
Ciudad:	Municipio:	Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.0001 a 40.000 <input type="checkbox"/> 40.0001 a 60.000 <input type="checkbox"/> Más de 60.000	
Zona Postal:	E-mail:		
Página Web			

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			Fecha de Constitución
Registro Mercantil	Tomo	N°	N° R.I.F. / R.F.P.
Objeto, Actividad Profesional, Comercial o Industrial.		Productos y Servicios que ofrece	
Representante Legal: Nombres		Apellidos	C.I. N° / Pasaporte
Dirección de Oficina			
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 100.000 <input type="checkbox"/> 100.001 a 500.000 <input type="checkbox"/> 500.001 a 1.000.000 <input type="checkbox"/> Más de 1.000.000	
Zona Postal	E-mail		
Página Web			

ASEGURADO PROPUESTO (Llenar en caso de ser diferente al tomador)**PERSONA NATURAL**

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. N° / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Profesión u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Actividad Económica, si es comerciante indique el ramo		Productos y Servicios que ofrece	
Dirección de Habitación			Teléfono de Habitación
Dirección de Oficina			Teléfono de Oficina
Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.	Celular	País	Estado
Ciudad:	Municipio:	Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.0001 a 40.000 <input type="checkbox"/> 40.0001 a 60.000 <input type="checkbox"/> Más de 60.000	
Zona Postal:	E-mail:		
Página Web			

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			Fecha de Constitución
Registro Mercantil	Tomo	N°	N° R.I.F. / R.F.P.
Objeto, Actividad Profesional, Comercial o Industrial.		Productos y Servicios que ofrece	
Representante Legal: Nombres		Apellidos	C.I. N° / Pasaporte
Dirección de Oficina			
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 100.000 <input type="checkbox"/> 100.001 a 500.000 <input type="checkbox"/> 500.001 a 1.000.000 <input type="checkbox"/> Más de 1.000.000	
Zona Postal	E-mail		
Página Web			

SI LA PÓLIZA ES COLECTIVA INDIQUE

Nombre de la Empresa:			
Efectuar cobro en: Domicilio <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		Dirección:	
Fax o correo electrónico:		Ciudad:	
Estado:	Teléfono:	R.I.F:	N.I.T:

DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES A INCLUIR

Nombres y Apellidos (T):			Cedula:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:		Parentesco:
Estado Civil:	Peso:	Estatura:	Ocupación:

Nombres y Apellidos (1):			Cédula:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:		Parentesco:
Estado Civil:	Peso:	Estatura:	Ocupación:

Nombres y Apellidos (2):			Cédula:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:		Parentesco:
Estado Civil:	Peso:	Estatura:	Ocupación:

Nombres y Apellidos (3):			Cédula:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:		Parentesco:
Estado Civil:	Peso:	Estatura:	Ocupación:

Nombres y Apellidos (4):			Cédula:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:		Parentesco:
Estado Civil:	Peso:	Estatura:	Ocupación:

Nombres y Apellidos (5):			Cédula:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:		Parentesco:
Estado Civil:	Peso:	Estatura:	Ocupación:

COBERTURA	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE
Básica		
Opcionales:		
Maternidad		
Enfermedades Críticas		

NOTA: El tomador no está obligado a tomar todas las coberturas opcionales.

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% De Distribución

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (1)

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% De Distribución

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (2)

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% De Distribución

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (3)

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% De Distribución

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (4)

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% De Distribución

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (5)

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% De Distribución

Por favor indique si Ud. o algunos de los asegurados dependientes a incluir padecen, han padecido o están bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones o enfermedades:

1.- ¿Está (n) en buen estado de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo especifique si sufre (n) o ha (n) sufrido alguna vez de:	SI	NO
A.- Enfermedades del Sistema Digestivo (Gastritis <input type="checkbox"/> , Úlceras <input type="checkbox"/> , Transtornos Hepáticos <input type="checkbox"/> , Vesícula Biliar <input type="checkbox"/> , Cálculos <input type="checkbox"/> , Hemorroides <input type="checkbox"/> , Litiasis <input type="checkbox"/> , Páncreas <input type="checkbox"/> , Colon <input type="checkbox"/> , Recto <input type="checkbox"/> , otras <input type="checkbox"/>) ¿Quién (es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.- Enfermedades Cardiovasculares (Tensión Alta <input type="checkbox"/> , Infarto <input type="checkbox"/> , Angina de Pecho <input type="checkbox"/> , Arteroesclerosis <input type="checkbox"/> , Insuficiencias Cardíacas <input type="checkbox"/> o Coronarias <input type="checkbox"/> , Soplos <input type="checkbox"/> , Tromboflebitis <input type="checkbox"/> , Afecciones Vasculares <input type="checkbox"/> , Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> , otras <input type="checkbox"/>) ¿Quién (es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.- Enfermedades Respiratorias (Tos Crónica <input type="checkbox"/> , Asma Bronquial <input type="checkbox"/> , Bronquitis <input type="checkbox"/> , Tuberculosis <input type="checkbox"/> , Enfisema Pulmonar <input type="checkbox"/> , Insuficiencia Respiratoria, Neumonía, Pleuresía, Espustos de Sangre, otras) ¿Quién (es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.- Enfermedades de la Piel <input type="checkbox"/> , Ojos <input type="checkbox"/> , Oídos <input type="checkbox"/> , Nariz y Garganta (Desviación del Tabique Nasal <input type="checkbox"/> , Sinusitis Crónica <input type="checkbox"/> , Amigdalitis <input type="checkbox"/> , Rinitis <input type="checkbox"/> , otras <input type="checkbox"/>) ¿Quién (es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.- Enfermedades Venéreas <input type="checkbox"/> , Contagiosas o Infecciosas <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.- Trastornos Endocrinos (Diabetes <input type="checkbox"/> , Obesidad <input type="checkbox"/> , Hipófisis <input type="checkbox"/> , Tiroides Metabolismo <input type="checkbox"/> , otros <input type="checkbox"/>) ¿Quién (es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.- Trastornos Neuropsiquiátricos (Epilepsia <input type="checkbox"/> , Convulsiones <input type="checkbox"/> , Parálisis <input type="checkbox"/> , Retardo Mental, Psicosis, Locura, Polineuritis, Síndrome de Down, Mareos, Desmayos <input type="checkbox"/> , Vértigos <input type="checkbox"/> , otros <input type="checkbox"/>) ¿Quién (es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.- Trastornos Renales y del Sistema Urinario (Cálculos <input type="checkbox"/> , Tumores de Próstata <input type="checkbox"/> , Riñones <input type="checkbox"/> , Vejiga <input type="checkbox"/> , otros <input type="checkbox"/>) ¿Quién (es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I.- Trastornos de la Sangre <input type="checkbox"/> , Tumores <input type="checkbox"/> , Excrecencias <input type="checkbox"/> , Cáncer <input type="checkbox"/> , S.I.D.A <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J.- Enfermedades Oseomusculares (Escoliosis <input type="checkbox"/> , Hernias <input type="checkbox"/> , Artritis <input type="checkbox"/> , Reumatismo <input type="checkbox"/> , otros <input type="checkbox"/>) ¿Quién (es)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K.- Enfermedades Propias de la Mujer (Sangramiento <input type="checkbox"/> , Fibroma <input type="checkbox"/> , Glándulas <input type="checkbox"/> Mamarias <input type="checkbox"/> , Trompas <input type="checkbox"/> , Ovarios <input type="checkbox"/> , Útero, <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/>) ¿Quién (es)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Sufre (n) o ha (n) sufrido alguna vez de enfermedades diferentes a las mencionadas anteriormente, traumatismos, operaciones o cualquier otro tratamiento médico?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quién (es)?	Afección	Época:	Estado Actual:	
3.- ¿En los dos últimos años se le (s) ha (n) recomendado que se practique (n) o se ha (n) practicado exámenes de diagnóstico, intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos?			SI	NO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿A quién?	¿Por qué?			
4.- ¿Está (n) alguna (s) de las personas del grupo asegurable en estado de gravidez o planea algún tratamiento médico o intervención quirúrgica?				
¿Quién?	Tipo de tratamiento o intervención	Fecha estimada o fecha del parto		

SUMINISTRAR DATOS DE LA CUENTA BANCARIA DEL TITULAR ASEGURADO PARA PAGOS DE SINIESTROS VIA TRANSFERENCIA:

Tipo de cuenta	Nº de cuenta del Titular Asegurado
Nombre del Banco:	

DECLARACIÓN

Ratifico en todas sus partes la exactitud y veracidad de los datos suministrados en la presente solicitud y declaro tener conocimiento de las coberturas contratadas y de las condiciones de la póliza, cláusulas adicionales y anexos especiales, las cuales acepto todas en conjunto y cualquier declaración falsa u omisión hecha de mala fe en esta solicitud implicará la nulidad del contrato de pleno derecho, quedando liberada la Compañía de toda obligación derivada del mismo. Igualmente autorizo a la Compañía para solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud y el de mi grupo familiar inscrito en la póliza, a todos los médicos e instituciones médico asistenciales que nos hayan asistido o nos asistan en el futuro y relevo a todos de guardar el secreto profesional, así como de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones. La presente solicitud, siempre que se formalice y perfeccione el contrato formará parte integrante del mismo.

“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 de los delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizaday Financiamiento al Terrorismo.”.

Ciudad y Fecha

Firma de Asegurado Titular



Huella Dactilar Pulgar
Derecho Del Asegurado



Huella Dactilar Pulgar
Derecho Del Tomador

Firma del Tomador

Firma del Intermediario

Código

Departamento Médico

Envío: ☐ Devolución: ☐

Clasificación del Riesgo:

Fecha de Emisión:

Observaciones del Médico Revisor: