



SEGUROS LOS ANDES

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 SEGURO SOLIDARIO DE SALUD

Fecha de Solicitud: / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

☐ Emisión ☐ Inclusión

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR

Primer Apellido:		Segundo Apellido o de Casada:	
Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
N° de Cédula de Identidad /Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil: <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 sólo una): ☐ Jubilado(a) ☐ Pensionado(a) ☐ Adulto(a) mayor de 60 años
☐ Discapacitado(a) ☐ Con enfermedad física ☐ Con enfermedad mental ☐ Otro, Especifique:

¿Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?: ☐ Si ☐ No Indique Monto:

Actividad Económica (si es comerciante debe indicar el ramo):

Descripción de la Actividad: ☐ Empleado ☐ Socio ☐ 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: ()	Teléfono Celular: ()
---------	----------------	-----------------------------	--------------------------

Dirección de Correo Electrónico Personal:

Dirección de Trabajo:	Ciudad:
-----------------------	---------

Municipio:	Estado:	Código Postal:	Teléfono oficina: ()	FAX: ()
------------	---------	----------------	--------------------------	-------------

Dirección de Correo Electrónico Laboral:

Si posee un contrato de HCM o salud con otra empresa, responda lo siguiente:

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: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otra; Especifique: _____	
Forma de pago: <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 y banco correspondiente:	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO QUE LO AMERITE)					
Apellidos y Nombres:				N° Cédula de Identidad / Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	
Dirección de Habitación/Calle/Avenida:				Urbanización/Sector:	
Casa/Edificio:	Piso:	Apartamento N°:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de Habitación: ()		Teléfono Celular: ()		Teléfono de Oficina: ()	
FAX: ()		Dirección de Correo Electrónico:			

DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA PÓLIZA											
Nº Asegurado	Parentesco	Apellidos y nombres	Nº C.I. o Pasaporte	Sexo	Fecha de nacimiento			Edad	Estatura (cm)	Peso (kg)	Profesión u ocupación
					Día	Mes	Año				
1											
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 prescrito 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 o 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 cuántos meses)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

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

Nº Asegurado	Nº Pregunta	Diagnóstico	Fecha	Duración (Meses)	Tratamiento / Quirúrgico	Nombre del médico	Nombre de la 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.):

DECLARACIONES

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a **SEGUROS LOS ANDES C.A.** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a **SEGUROS LOS ANDES C.A.** Para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes; asimismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable.

Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato.

En _____, a los _____ del mes de _____ de _____

El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

Huella dactilar pulgar derecho del Tomador / Titular

El Tomador – Titular / El Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	El Intermediario de Seguro
Firma:	Firma:	Firma:
Cédula de Identidad N°	Cédula de Identidad N°	Código y Sello

SÓLO PARA USO DEL ASEGURADOR		
CAUSAS DE RECHAZO DE LA SOLICITUD DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA		
Firma del representante de la empresa de seguros :	Sello :	Fecha: