



Lic. Luis Bautista 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 12 de Marzo de 2014, inserto bajo el N° 03, Tomo 67,

## SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INTEGRAL

Fecha de Solicitud:	/	/	Nº 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. Nº / 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"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> 40.001 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° _____					Nº 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"/> Mas 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"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> 40.001 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"/> Mas de 1.000.000			
Zona Postal	E-mail						
Página Web							

**SI LA PÓLIZA ES COLECTIVA INDIQUE**

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

## DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES A INCLUIR

Nombres y Apellidos (T):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (1):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (2):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (3):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (4):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (5):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

## COBERTURAS CONTRATADAS

COBERTURA	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE
Básica		
Opcionales:		
Maternidad		
Enfermedades Críticas		

**NOTA:** El tomador no esta 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, Úlceras, Transtornos Hepáticos, Vesícula Biliar, Cálculos, Hemorroides, Litiasis, Páncreas, Colon, Recto, otras) ¿Quién (es)?		
B.- Enfermedades Cardiovasculares (Tensión Alta, Infarto, Angina de Pecho, Arteroesclerosis, Insuficiencias Cardíacas o Coronarias, Soplos, Tromboflebitis, Afecciones Vasculares, Fiebre Reumática, otras) ¿Quién (es)?		
C.- Enfermedades Respiratorias (Tos Crónica, Asma Bronquial, Bronquitis, Tuberculosis, Enfisema Pulmonar, Insuficiencia Respiratoria, Neumonía, Pleuresía, Espustos de Sangre, otras) ¿Quién (es)?		
D.- Enfermedades de la Piel, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta (Desviación del Tabique Nasal, Sinusitis Crónica, Amigdalitis, Rinitis, otras) ¿Quién (es)?		
E.- Enfermedades Venéreas, Contagiosas o Infecciosas ¿Quién (es)?		
F.- Trastornos Endocrinos (Diabetes, Obesidad, Hipófisis, Tiroides, Metabolismo, otros) ¿Quién (es)?		
G.- Trastornos Neuropsiquiátricos (Epilepsia, Convulsiones, Parálisis, Retardo Mental, Psicosis, Locura, Polineuritis, Síndrome de Down, Mareos, Desmayos, Vértigos, otros) ¿Quién (es)?		
H.- Trastornos Renales y del Sistema Urinario (Cálculos, Tumores de Próstata, Riñones, Vejiga, otros) ¿Quién (es)?		
I.- Trastornos de la Sangre, Tumores, Excrecencias, Cáncer, S.I.D.A. ¿Quién (es)?		
J.- Enfermedades Oseomusculares (Escoliosis, Hernias, Artritis, Reumatismo, otros) ¿Quién (es)?		

K.- Enfermedades Propias de la Mujer (Sangramiento, Fibroma, Glándulas Mamarias, Trompas, Ovarios, Útero, otras) ¿Quién (es)?				
2.- ¿Sufre (n) o ha (n) sufrido alguna vez de enfermedades diferentes a las mencionadas anteriormente, traumatismos, operaciones o cualquier otro tratamiento médico?				
¿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
¿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		

## 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 Organizada y Financiamiento al Terrorismo.”

\_\_\_\_\_  
Ciudad y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del 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: