

I. DATOS DE LA SOLICITUD									
Póliza Nro.:		Fecha de Solicitud: / /		Nro. de Solicitud:		Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Modificación		Sucursal:	
II. TOMADOR									
Nombre(s) y Apellido(s) o Razón Social:				C.I. o RIF.:		Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica			
III. DATOS DEL SOLICITANTE COMO ASEGURADO TITULAR									
Apellidos y Nombres:				Número Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		Lugar de Nacimiento: Edo.:			
País:		Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otra:		Actividad Económica:		Profesión:			
Ocupación:		Relación de Trabajo (tipo de ejercicio): <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente		<input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Socio		Ingreso Mensual		Patrimonio	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:		Urbanización:		<input type="checkbox"/> Av./ <input type="checkbox"/> Calle/ <input type="checkbox"/> Transversal:			
<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel		<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina		Condición de Vivienda: <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Otra:			
Teléfono de Habitación:		Zona Postal:		E-mail:					
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:		Urbanización:		<input type="checkbox"/> Av./ <input type="checkbox"/> Calle/ <input type="checkbox"/> Transversal:			
<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel		<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina		Fax:			
Teléfono de Oficina:		Zona Postal:		E-mail:					
IV. GRUPO A ASEGURAR									
	Apellido(s) y Nombre(s):		V	E	Nro. C.I.:	Parentesco	Edo. Civil	F. de Nac.	Sexo
1						Titular			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
6									<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	Estatura (mts)	Peso (Kg.)	Ocupación			Deporte que practica		Cob. Maternidad	
1								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
5								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
6								<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
V. COBERTURAS SOLICITADAS									
Plan:									
Coberturas		Suma Asegurada	Deducible	Coberturas		Suma Asegurada	Deducible		
<input type="checkbox"/> Hospitalización y Cirugía				<input type="checkbox"/> Asistencia en viajes					
<input type="checkbox"/> Maternidad				<input type="checkbox"/> Servicio Funerario					
<input type="checkbox"/> Contingencias Extremas									
<input type="checkbox"/> Servicio Odontológico									

DECLARACIÓN DE SALUD. Para cada persona a ser incluida en la póliza, favor responder lo siguiente:

- A. ¿Mantiene en ésta u otra Compañía un Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad? ☐ Si ☐ No
- B. ¿Le ha sido negado o cancelado en alguna oportunidad un Seguro de Vida, Hospitalización, Cirugía o de Accidentes Personales?..... ☐ Si ☐ No
- C. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica? ☐ Si ☐ No
- D. ¿Se ha efectuado algún chequeo de rutina o tiene previsto practicarse alguna intervención quirúrgica o se le ha recomendado someterse a alguna que no se haya efectuado aún?..... ☐ Si ☐ No
- E. Según su más leal saber y entender, ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad transitoria o crónica, defecto físico o secuela de accidente? ☐ Si ☐ No
- F. ¿Se encuentra alguna de las solicitantes en estado de gravidez? ¿Cuántos meses de embarazo tiene? ☐ Si ☐ No
- G. ¿Goza de buena salud? ☐ Si ☐ No
- H. ¿Fuma o ha fumado? ¿Consume o ha consumido alcohol, estupefacientes u otras drogas? Indique cantidad ☐ Si ☐ No

Explique en detalle: Persona, tipo de padecimiento, fecha, duración, médico tratante, tipo de tratamiento o intervención efectuada, estado actual, fecha del último chequeo médico, nombre del médico y clínica donde se encuentra:

Nro. Aseg.	Pregt.	Padecimiento	Tipo Tratamiento	Fecha	Médico Tratante	Clínica	Fecha último chequeo médico

Observaciones:

VI. AVISO

Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionadas en esta Solicitud entre la firma del Solicitante como Asegurado Titular y la emisión de la Póliza, o durante la vigencia de la misma, debe ser participada al ASEGURADOR. En tales casos, el ASEGURADOR se reserva el derecho a rechazar la Solicitud o anular el Contrato, o de aplicar una Tarifa modificada de acuerdo con el nuevo concepto que el ASEGURADOR se formará del riesgo, de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Póliza.

VII. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN

Yo, el Solicitante como Asegurado Titular:

- A. Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar la historia clínica y el secreto médico.
- B. Doy fe que estoy enterado de las Exclusiones y Plazos de Espera y demás condiciones de la Póliza.
- C. Hago constar que he leído, cuidadosa y totalmente, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que la información que doy en este documento es verdadera, amplia, completa y exacta y que conozco que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para evaluar el riesgo y fijar la prima.
- D. Conozco que en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad del Asegurador por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- E. Conozco que tengo la facultad de escoger las coberturas que deseo y no estoy obligado a tomarlas todas y cada una de ellas.

Yo, 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 o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Lugar y Fecha

Firma Tomador

Firma del Solicitante como Asegurado Titular