

Póliza: Individual Colectiva Cotización Nro.:

Datos de Identificación del Solicitante Titular

Nro. C.I./ Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	R.I.F. Nro.:
País de origen:		Residente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
1er. Nombre:		2do. Nombre:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro	Lugar de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento:	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional	Ramo:
Descripción de la Actividad:		Profesión y Oficio:
Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio	En caso de Póliza Colectiva (Fecha de Ingreso a la Empresa):	El Tomador es el Solicitante Titular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección de Habitación:

País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:
Av./ Calle /Transv.:	CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:		Piso Nro. /Nivel:
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:
Correo Electrónico:			

Datos de Identificación del Tomador (en caso de que sea distinto al Solicitante Titular)

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Natural	Nro. de RIF / C.I.:	Nro. de NIT:
Denominación de la Razón Social / Nombres y Apellidos:		Siglas / Nombre Comercial:
Nombre del Registro Mercantil		Circunscripción Judicial
Tomo:	Número:	Fecha:
Representante Legal de la Empresa Nombres y Apellidos	C.I. / Pasaporte:	Cargo:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental	Ramo:	
Descripción de la Actividad:		Profesión y Oficio:
Dirección de Habitación		
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:
Correo Electrónico 1:		Correo Electrónico 2:
Dirección y Teléfonos de la Empresa donde Trabaja:		

Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.)	<input type="checkbox"/> Menor o igual a doce (12) Salarios Mínimos	<input type="checkbox"/> Mayor a doce (12) Salarios Mínimos
Patrimonio (en Bs.)	<input type="checkbox"/> Menor o igual a veinticuatro (24) Salarios Mínimos	<input type="checkbox"/> Mayor a veinticuatro (24) Salarios Mínimos

Persona Expuesta Políticamente

La persona expuesta políticamente es una persona natural que es o fue figura política de alto nivel, de confianza o afines, o sus familiares más cercanos o su círculo de colaboradores inmediatos, por ocupar cargos como funcionario o funcionaria importante de un órgano ejecutivo, legislativo, judicial o militar de un gobierno nacional o extranjero, elegido o no, un miembro de alto nivel de un partido político nacional o extranjero o un ejecutivo de alto nivel de una corporación, que sea propiedad de un gobierno extranjero. En el concepto de familiares cercanos se incluyen a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad. También se incluyen en esta categoría a cualquier persona jurídica que como corporación, negocio u otra entidad haya sido creada por dicho funcionario(s) en su beneficio. Esta categoría se mantendrá mientras la persona persista en el cargo y durante cinco (05) años posteriores a partir de la fecha de entrega o cese del cargo.

¿Desempeña o ha desempeñado cargo público relevante en la República Bolivariana de Venezuela o en otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargos actual o anterior:
¿Desempeña o ha desempeñado funciones de alto nivel en una organización internacional?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargos actual o anterior:
¿Usted es usted o ha sido miembro de la directiva de algún partido político en la República Bolivariana de Venezuela o el cargo equivalente para los partidos políticos en el de otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargos actual o anterior:
¿Es usted y/o algún familiar una Persona Expuesta Políticamente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargos actual o anterior:
Nombre del Partido / Corporación:	Vínculo / Nombre del PEP Nacional o Extranjero:

Datos de las Personas a Incluir en la Póliza

No.	Apellidos y Nombres	Parentesco	No. de CI o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso	(*) Solicita Cobertura Opcional de Maternidad (Marque con una equis)
1.		<i>Solicitante Titular</i>						<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Básica y Exceso
2.								<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Básica y Exceso
3.								<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Básica y Exceso
4.								<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Básica y Exceso
5.								<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Básica y Exceso
6.								<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Básica y Exceso

(*) Su contratación no es obligatoria

Coberturas a Contratar

	Básica	Exceso Cobertura Opcional (Su contratación no es obligatoria)
Suma Asegurada (Bs.)		
Deducible (Bs.)		

Coberturas Opcionales a Contratar (Marque con una equis) (Su contratación no es obligatoria)

Cobertura	Solicitante Titular o Personas a Incluir	
Muerte / Invalidez Permanente	Sólo para el Solicitante Titular	<input type="checkbox"/>
Vida	Sólo para el Solicitante Titular	<input type="checkbox"/>
Renta Diaria por Hospitalización	Sólo para el Solicitante Titular	<input type="checkbox"/>
Pago Único por patología de Cáncer	Para las Personas a Incluir (de 18 años en adelante, incluyendo al Solicitante Titular)	<input type="checkbox"/>
Gastos por Fallecimiento	Para las Personas a Incluir (incluyendo al Solicitante Titular)	<input type="checkbox"/>
Atención Médica Domiciliaria y Ambulancia	Para las Personas a Incluir (incluyendo al Solicitante Titular)	<input type="checkbox"/>

Designación de Beneficiarios en caso de Fallecimiento del Solicitante Titular

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	C.I. o Pasaporte	Sexo	% Partic.
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

Otras Pólizas Contratadas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (Salud)

No.	Empresa de Seguros	Suma Asegurada (Bs.)	Póliza vigente desde (Fecha)	Si la Póliza NO está Vigente, indique Causa de Terminación y Fecha
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Declaración de Salud (Personas a Incluir y Solicitante Titular)

En caso de respuesta afirmativa a alguna pregunta y/o requerir complementar la información, por favor en la sección "Observaciones" de esta Solicitud, indique el Número de la pregunta, detalle la información y el nombre del solicitante a incluir a quien corresponde tal respuesta.

1. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en la póliza, presentan, padecen o han presentado o padecido alguna condición de salud, patología, enfermedad o tratamiento médico o han estado hospitalizados como pacientes o tienen planificado practicarse una cirugía o tratamiento. Si la respuesta es Sí, indique la información que corresponda. Sí No

Nombre Persona a Incluir:	Condición de Salud, Patología o Enfermedad:		
	Tratamiento Médico:	Cirugía o Tratamiento:	
	Clínica, Hospital o CDI:	Médico Tratante:	Fecha:

Nombre Persona a Incluir:	Condición de Salud, Patología o Enfermedad:		
	Tratamiento Médico:	Cirugía o Tratamiento:	
	Clínica, Hospital o CDI:	Médico Tratante:	Fecha:

Nombre Persona a Incluir:	Condición de Salud, Patología o Enfermedad:		
	Tratamiento Médico:	Cirugía o Tratamiento:	
	Clínica, Hospital o CDI:	Médico Tratante:	Fecha:

Nombre Persona a Incluir:	Condición de Salud, Patología o Enfermedad:		
	Tratamiento Médico:	Cirugía o Tratamiento:	
	Clínica, Hospital o CDI:	Médico Tratante:	Fecha:

2. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en la póliza ha consumido o consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (por ejemplo Heroína, Cocaína, Marihuana)? Si la respuesta es Sí, indique la sustancia y frecuencia de uso. Sí No

Nombre Persona a Incluir	Tipo de Sustancia	Frecuencia

3. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en la póliza ha sido donante de órganos o ha recibido en donación algún órgano o transfusión de sangre? Si la respuesta es Sí, indique órgano trasplantado o recibido y fecha del trasplante o transfusión. Sí No

Nombre Persona a Incluir	Órgano Donado o Recibido o Transfusión	Fecha del Trasplante

4. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en la póliza practica algún deporte o actividad de alto riesgo que puedan ocasionar lesiones corporales (por ejemplo submarinismo, carreras motorizadas, alpinismo, hipismo, paracaidismo, vuelo en ícaro, espeleología)? Si la respuesta es Sí, detalle el deporte o actividad. Sí No

Nombre Persona a Incluir	Deporte o Actividad de Alto Riesgo

5. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en la póliza sufre o ha sufrido alguna vez de:

	Nombre Persona a Incluir
a. Trastornos del Desarrollo Psíquico y/o Somático <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
b. Defecto Físico, Anomalía o Enfermedad Congénita o Adquirida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
c. Alteración en la Menstruación o en algún Embarazo, en los órganos femeninos o en los senos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

6. ¿Alguna de las mujeres a ser incluidas en la póliza está embarazada?: Sí No

	Nombre Persona a Incluir

Observaciones:

Si alguna de las preguntas anteriores fue respondida afirmativamente y/o requiere complementar la información, puede emplear el siguiente espacio y por favor detalle el Número de la Pregunta a que se refiere y el nombre del solicitante a incluir en la póliza a quien corresponde tal respuesta. Adjunte los informes médicos o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones y/o documentos relacionados con la enfermedad, condición y/o padecimiento declarado.

¿Algún familiar de usted y/o de alguna de las personas a ser incluidas en la póliza ha padecido de Tuberculosis, Diabetes, Cáncer, Enfermedades del Corazón o de los Riñones, Enfermedad Mental o ha cometido Suicidio? En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique los datos que se solicitan en la siguiente tabla: Sí No

Apellidos y Nombres de la persona a incluir en la póliza	Parentesco con el familiar que padeció la enfermedad o cometió suicidio	En caso de que el familiar haya fallecido, indique:	
		Causa del Fallecimiento	Edad al Fallecer

En caso de solicitar alguna condición especial de aseguramiento, por favor detalle:

Declaración del Solicitante Titular / Tomador

Doy(amos) fe (en nombre de mi representado) de que todos mis(los) bienes y haberes provienen de una fuente lícita y que no tiene relación alguna con bienes, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo.

Declaro(amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Asimismo, estoy en conocimiento que la información suministrada en la presente Solicitud constituye la base para el análisis del riesgo y para la emisión de la póliza solicitada al Asegurador, por lo que cualquier omisión o tergiversación en dicha información será razón para la terminación del contrato de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Póliza y en la normativa vigente.

Autorizo(amos) la verificación de la información aquí suministrada, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación del riesgo.

Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización del Asegurador.

Lugar y Fecha Declaración: _____, _____

Apellidos y Nombres Tomador:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma Tomador:	Huella Dactilar Tomador:
Apellidos y Nombres Solicitante Titular:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma Solicitante Titular:	Huella Dactilar Solicitante Titular:

Intermediario:

Apellidos y Nombres::	Código:	% Participación:	Firma:
-----------------------	---------	------------------	--------

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio Nro.009910 de fecha 16/11/2005