



Solicitud de Seguro Solidario Salud

Emisión Inclusión

Datos del propuesto Asegurado Titular - Tomador

Primer apellido: _____ Segundo apellido o de casada: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

C.I. / Pasaporte: _____

V E _____ Sexo: F M Estado civil: S C D V Otro: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha: ____ Edad: ____ Nacionalidad: _____

Peso (kg): ____ Estatura (cm): ____ Deportes que practica: _____

Población asegurable (seleccionar sólo una): Adulto(a) mayor de 60 años Jubilado(a)

Pensionado(a) Con enfermedad física Con enfermedad mental Discapitado(a)

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: ____ Apto. Nº: ____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono celular: _____

Estado: _____ Código postal: _____ () _____ () _____

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:		
				Individual	Colectiva	Solidaria
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa? Sí No

Nombre de la empresa: _____ Fecha de rechazo: _____

Dirección de cobro: Habitación Oficina Otra Especifique: _____

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar:

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito indicar:

Banco	N° de Tarjeta	Tipo de Tarjeta	
		Visa	Master
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos del Representante Legal (En caso que lo amerite)

Apellidos y nombres: _____ C.I. / Pasaporte: _____

V E _____

Dirección de habitación/Calle/Avenida _____ Urbanización/Sector: _____

Casa/Edificio: _____ Piso: _____ Apto. 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	Apellidos y nombres	Sexo	C.I. / Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento			Edad	Estatura (cm)	Peso (kg)	Profesión u ocupación
					dd	mm	aa				
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?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Se le ha prescrito algún examen, hospitalización o intervención quirúrgica, tratamiento o consulta médica que no se haya efectuado hasta la fecha?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Ingiera bebidas alcohólicas o fuma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Se ha practicado exploraciones para pesquisas, diagnósticos o ha sido tratado por cáncer, tumores o fibromas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sufrido algún accidente que le haya dejado mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o alteración de la salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Se encuentra en estado de gravidez? (De ser afirmativo indique cuántos meses)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

Nº Asegurado	Nº Pregunta	Diagnóstico	Fecha	Duración (Meses)	Tratamiento	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.):

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado Titular

Nº	Apellidos y nombres	Nº C.I.	Parentesco	Fecha de nacimiento			% Participación
				dd	mm	aa	
1							
2							
3							
4							
5							
Total porcentaje de participación							100%(*)

(*) La sumatoria de los porcentajes de participación deben corresponder al 100% del porcentaje total, en caso contrario, éste será repartido proporcionalmente entre el número total de beneficiarios de la póliza. Si el Titular de la póliza desea efectuar modificaciones a los porcentajes de participación asignados, deberá especificar la nueva distribución en base a lo requerido para cada beneficiario.

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 CARACAS, 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 CARACAS, 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 las 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.


El Tomador / El Solicitante
Firma:
C.I.:



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho/izquierdo)

El Representante Legal (en caso que lo amerite)
Firma:
C.I.:

Intermediario de Seguro
Firma



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:

SEGUROS CARACAS, C. A., RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas bajo el No.13.