



**SOLICITUD DE SEGURO
PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD**

Individual Colectivo

Agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes

DATOS DEL TOMADOR

1er. Apellido:	2do. Apellido:	1er. Nombre:	2do. Nombre:
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Ingreso Anual Bs.:	
F/Nacimiento: _/_/____ dd/mm/aaaa	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental	Profesión:	
Oficio u Ocupación: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente		Cargo:	
Dirección de Habitación:	Casa:	Edificio:	Apto.:
Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:	Ciudad:	Parroquia:	
Municipio:	Estado:	Cód. Postal:	
Teléfono: ()	Fax: ()	Correo Electrónico:	
Dirección de Oficina:	Casa:	Edificio:	Apto./Oficina:
Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:	Ciudad:	Parroquia:	
Municipio:	Estado:	Cód. Postal:	
Teléfono: ()	Fax: ()	Correo Electrónico:	
En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Registro Mercantil:			
Razón Social:	Nombre Comercial:	N° de Registro Mercantil:	F/Registro:

En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Representante:

1er. Apellido:	2do. Apellido:	1er. Nombre:	2do. Nombre:
----------------	----------------	--------------	--------------

C.I. / R.I.F./ Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	F/Nacimiento: _/_/____ dd/mm/aaaa	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	Ingreso Anual Bs.:
---------------------------	--	--	---	--	--------------------

Profesión:	Oficio u Ocupación: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente	Cargo:
------------	--	--------

Dirección de Habitación:	Casa:	Edificio:	Apto.:
---------------------------------	-------	-----------	--------

Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:
-------	----------	-------------------------------

Urbanización:	Ciudad:	Parroquia:
---------------	---------	------------

Municipio:	Estado:	Cód. Postal:
------------	---------	--------------

Teléfono: ()	Fax: ()	Correo Electrónico:
------------------	-------------	---------------------

Dirección de Oficina:	Casa:	Edificio:	Apto./Oficina:
------------------------------	-------	-----------	----------------

Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:
-------	----------	-------------------------------

Urbanización:	Ciudad:	Parroquia:
---------------	---------	------------

Municipio:	Estado:	Cód. Postal:
------------	---------	--------------

Teléfono: ()	Fax: ()	Correo Electrónico:
------------------	-------------	---------------------

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

1er. Apellido:	2do. Apellido:	1er. Nombre:	2do. Nombre:
----------------	----------------	--------------	--------------

C.I. / R.I.F./ Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	F/Nacimiento: _/_/____ dd/mm/aaaa	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
---------------------------	--	--	---	--

Profesión:	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental	Ingreso Anual Bs.:
------------	--	--------------------

Oficio u Ocupación: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente	Cargo:
--	--------

Dirección de Habitación:	Casa:	Edificio:	Apto.:
---------------------------------	-------	-----------	--------

Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:
-------	----------	-------------------------------

Urbanización:		Ciudad:	Parroquia:
Municipio:		Estado:	Cód. Postal:
Teléfono: ()		Fax: ()	Correo Electrónico:
Dirección de Oficina:	Casa:	Edificio:	Apto./Oficina:
Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:	

Urbanización:		Ciudad:	Parroquia:
Municipio:		Estado:	Cód. Postal:
Teléfono: ()		Fax: ()	Correo Electrónico:

DIRECCIÓN DE COBRO

Casa:	Edificio:	Apto./Oficina:
Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:

Urbanización:		Ciudad:	Parroquia:
Municipio:		Estado:	Cód. Postal:
Teléfono: ()		Fax: ()	Correo Electrónico:

** COBERTURAS SOLICITADAS	Deducible	Suma Asegurada
Básica		
Opcionales (El Propuesto Asegurado no está obligado a tomar estas coberturas, pero si Usted desea tomar algunas de ellas marque con una (X)).	SI	NO
Maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio Odontológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio Oftalmológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio Dermatología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio de Psicología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio de Nutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes Personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plan de Evaluación Anual.							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asistencia Médica Domiciliaria							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DEPENDIENTES (Personas a asegurar, además del Titular)									
Código	1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	F/Nacimiento	C.I.	Parentesco	Talla	Peso
1							TITULAR		
2									
3									
4									
5									
6									
DECLARACIÓN DE SALUD (Marque con una X, en la casilla que corresponda y subraya la enfermedad)							SI	NO	Código del Asegurado
A	Enfermedades de la Piel (Dermatitis, Acné, Vitíligo, Manchas Hiperocrómicas, Verrugas y Nevus), Ojos (Cataratas, Defectos de la refracción del cristalino), Oídos (Otitis), Nariz o Garganta (Desviación del tabique nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis). Otras relacionadas.								
B	Enfermedades Respiratorias (Ronqueras, Tos Persistente, Sangre en el Espujo, Bronquitis, Asma, Enfisema, Tuberculosis, Pleuresía, Neumonía, Bronconeumonía). Otras relacionadas.								
C	Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión Arterial, infarto al Miocardio, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis) u otras afecciones del corazón.								
D	Cefaleas, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis, retardo mental, trastorno mental, neuropatía, vértigos u otra afección del cerebro o del sistema nervioso. Enfermedad mental.								
E	Enfermedades Digestivas, Gastritis, Úlceras Pépticas, Afecciones Hepáticas, Cálculos Vesiculares, Hemorroides, Alteraciones Pancreáticas, Colon y Rectal.								
F	Enfermedades del Tracto Genito-Urinario, Albúmina, sangre, pus o infecciones en la orina, cálculos u otra alteración en los riñones, vejiga o próstata. Otras relacionadas.								
G	Enfermedades de transmisión sexual (Sífilis, Gonorrea, Herpes Genital, Chancro Blando), Infecciosas (Tuberculosis, Hepatitis, Meningitis, Infecciones por el virus del Papiloma Humano "V.P.H.", "SIDA", "Infecciones por virus de Inmunodeficiencia Humana H.I.V.) y Parasitarias (Paludismo, Disentería, Chagas, Amibiasis, Bilharzia).								
H	Enfermedades del Aparato Osteomuscular (Neuritis, Ciática, Gota, Reumatismo, Hernias Discales, Artritis, Desviación de la Columna Vertebral, Problemas en la Circulación, Fracturas, Esguinces). Otras relacionadas.								
I	Enfermedades del Sistema Endocrino (Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol, Triglicéridos). Otras relacionadas.								

J	Ganglios linfáticos inflamados, Quistes, Tumores, Cáncer, Enfermedades Hematológicas, Leucemia, Lepra, Herpes.			
K	Defectos físicos, Anomalías o Enfermedades Congénitas o Adquirida, Trastorno del desarrollo psíquico y somático.			
L	Algunas de las personas a ser incluidas consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (Heroína, Cocaína, Marihuana u otras).			
M	Ha tenido algún cambio de peso, ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos dos años.			
N	Ha sido paciente de algún Hospital, Clínica o Sanatorio.			
O	Ha sufrido o padece de Obesidad Mórbida.			
P	Posee prótesis de algún tipo: dentales, auditivas, testiculares y/o de mamas.			
Q	Padece de Gigantomastia Juvenil.			
R	Padece de Hallux Valgus o varices.			
S	Defectos de refracción, superior a 3 dioptrías.			
T	Se ha practicado algún chequeo, consulta médica por enfermedad o cirugía en los últimos cinco (5) años.			
U	Existen algunas alteraciones de la salud o síntomas que no se mencionan en alguna pregunta de esta declaración. Especifique:			

En caso de ser afirmativa alguna de las preguntas anteriores, explique den detalle: Nombre de la persona, tipo de padecimiento, fecha de diagnóstico, duración, tipo de tratamiento médico o intervención efectuada, estado actual, fecha de último chequeo, nombre y dirección del médico tratante:

¿Alguna (s) (de las) persona (s) del grupo familiar incluidas en esta Solicitud de Seguros tiene previsto someterse a un tratamiento médico o intervención quirúrgica? SI NO

De ser afirmativo, explique: _____

¿Algunas de las mujeres incluidas en esta Solicitud de Seguros está embarazada? SI NO

En caso afirmativo indique quién (es): _____

¿Algunas de las mujeres incluidas en esta Solicitud de Seguros ha tenido embarazos? SI NO

De ser afirmativo, indique: Nombre de la Persona: _____

¿Cuántos? _____ Fecha de último Parto: _____ Parto Normal, ¿Cuántos? _____

Cesáreas, ¿Cuántas? _____ Abortos: ¿Cuántos? _____

¿Mantiene usted o alguna de las personas que conforman el grupo por asegurar, en esta o en otra Empresa de Seguros, un seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad? SI NO En caso afirmativo indique:

Nombre de la Persona:	Suma Asegurada:	Deducible:	Empresa de Seguros:

¿En alguna oportunidad le ha sido negado o anulado a usted o cualesquiera de las personas que integran el grupo a asegurar Seguro de Vida, Hospitalización, Cirugía, Maternidad o Accidentes Personales? SI NO

En caso afirmativo indique: _____

Nombre de la Persona:	Tipo de Seguro:	Nro. Póliza	Empresa de Seguros:

BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos y Nombres	Parentesco	C.I. / R.I.F.	F/Nacimiento	Sexo	% de Part.:

En caso de muerte de algún DEPENDIENTE en este seguro el BENEFICIARIO serán los Herederos Legales

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Yo, PROPUESTO ASEGURADO TITULAR,

- * Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- * Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.
- * Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar a la Empresa de Seguros, todos los datos que posean antes o después del Siniestro. Asimismo autorizo a la Empresa de Seguros, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta solicitud de Seguro.

Yo, el TOMADOR de la Póliza,

Declaro bajo fe de juramento, que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza suscrita, proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos productos de las actividades ilícitas o delitos graves a que se refiere la LEY ORGÁNICA CONTRA LA DELICUENCIA ORGANIZADA Y FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO y la LEY ORGÁNICA DE DROGAS.

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____.

Firmas:

EI TOMADOR



Huella Dactilar
(pulgar derecho)
o en su defecto
pulgar izquierdo

PROPUESTO ASEGURADO



Huella Dactilar
(pulgar derecho)
o en su defecto
pulgar izquierdo

Yo, Intermediario del Seguro solicitado:

- * Declaro que he leído todas las respuestas suministradas por el PROPUESTO ASEGURADO y que la información dada es íntegra, completa y precisa.

Intermediario(s):			
Apellido(s) y Nombre (s):	Código N°:	(%) Porc. de Participación:	Firma:
<p>Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro: Fotocopia de los documentos de identificación del TOMADOR, PROPUESTO ASEGURADO y Representante del TOMADOR (C.I.; R.I.F; Pasaporte) y Fotocopia de los documentos de Registro Mercantil.</p>			
<p>Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según oficio N° 012902 de fecha 11 de noviembre de 2002</p>			
<p>**Campo incluido con fundamento en la Gaceta Oficial N° 40.316 de fecha 16/12/2013. Providencia N° FSAА 003856 de fecha 18/11/2013</p>			

FRGRIPR08V02

Vivir Seguros, C.A. RIF: J- 30067374-0
 Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 108