

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

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.		Solicitante Titular						<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

Nombre Persona a Incluir	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:

Instrucciones de llenado

1. En la planilla donde dice tomador deben colocar AVAVIT.
2. En el recuadro de coberturas solicitadas solo colocar la suma asegurada deseada.
3. Beneficiarios, colocar los deseados de mayor a menor.
4. De incluir a los beneficiarios solo marcar (inclusión HCM).
5. Declaración de salud , la más importante , debe ser llenada en su totalidad , según el caso de masculino o femenino , contestar todo sin errores ni omisiones ya que esto acarrearía la no inclusión en el seguro y sobre las omisiones en particular de hacerlo originaria la exclusión de la póliza al momento de siniestro.
6. Finalmente llenar, firmar, escanear e enviar la planilla y copia de la cédula del titular y beneficiario asegurar por correo.

Al respecto le indico la sección que no debe ser llenado por el asegurado Titular así como la información de los beneficiarios.

Coberturas Opcionales a Contratar <i>(Marque con una equis)</i> (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	