



Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, bajo el N° 107
 Capital Suscrito y Pagado 2.300.000
 R.I.F.: J-30052236-9

SOLICITUD DE PÓLIZA DE DE SALUD

TIPO DE POLIZA			INDIVIDUAL _____				COLECTIVO _____					
Fecha de la Solicitud			Fecha de la Vigencia				Intermediario:		Código:		Fecha de Recibido:	
Día	Mes	Año	Desde		Hasta							
DATOS DEL TOMADOR												
Nombres y Apellidos:								N° de Cédula / Pasaporte:				
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:		Sexo:		Estado Civil:		Diestro: Zurdo:		
						F	M	C	S	D	O	
Dirección de Residencia:								E-mail:				
Estado:		Ciudad:		Municipio:		Teléfono Habitación:						
Dirección de Cobro:								Teléfono Oficina:				
Estado:		Ciudad:		Municipio:		Teléfono Celular:						
Ocupación y/o Índole:		Actividad Económica. (Especifique el Ramo)			Descripción de Actividad Económica:				Ingreso Promedio Anual			
					Independiente:		Empleado:		Socio:			
PERSONA JURIDICA												
Nombre o Razón Social:				R.I.F.:				Información Registro Mercantil:				
Dirección de Oficina:								Información Estatutos Sociales y ultima modificación:				
Estado:		Ciudad:		Municipio:		Teléfono de la Empresa:						
Actividad Económica. (Especifique el Ramo)			Ingreso Promedio Anual del Contratante:			Nombre del Representante Legal:			N° de Cédula / Pasaporte:			
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR												
Nombres y Apellidos:								N° de Cédula / Pasaporte:				
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:		Sexo:		Estado Civil:		Diestro: Zurdo:		
						F	M	C	S	D	O	
Dirección de Residencia:								Estatura (Mt):		Peso (Kg):		
Estado:		Ciudad:		Municipio:		Teléfono Habitación:		Teléfono Celular:				
Dirección de Oficina:								E-mail:				
Estado:		Ciudad:		Municipio:		Teléfono Oficina:		Teléfono Fax:				
Profesión:	Ocupación:	Actividad Económica. (Especifique el Ramo)			Descripción de Actividad Económica:				Ingreso Promedio Anual			
					Independiente:		Empleado:		Socio:			
DATOS DEL SEGURO DE SALUD SOLICITADO												
Cobertura						Suma Asegurada			Deducible			
Enfermedades Críticas atendidas fuera del País de Residencia.												
Coberturas Opcionales												
Asistencia en Viaje												

PERSONAS ASEGURABLES

Mediante la presente opción, el Asegurado Titular podrá incluir en el amparo de su Póliza a el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, a los hijos menores de veinticinco (25) años de edad del asegurado titular o de su cónyuge, los padres del asegurado titular o de su cónyuge, familiares del Asegurado Titular dependientes económicamente de este y los trabajadores que presten servicios en el hogar del Asegurado Titular o que estén a su servicio personal o el de su familia

Nro.	Nombres y Apellidos	Parentesco	N° de C.I. / Pasaporte	Sexo		Fecha de Nacimiento	Peso (Kgs.)	Estatura (Cms)
				F	M			
1								
2								
3								
4								
5								
6								

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

Nro.	Nombres y Apellidos	N° de C.I. / Pasaporte	Parentesco	% Participación
1				
2				
3				
4				

DECLARACIÓN DE SALUD. (COMPLETAR EN TODAS SUS PARTES)

¿Usted o alguno de sus Familiares a Asegurar padece o ha padecido, está bajo tratamiento o ha sido informado que padece de alguna de las siguientes enfermedades o Desórdenes?

1.- ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del Sistema Respiratorio?

2.- ¿Dolores de Pecho, hipertensión arterial, fiebre Reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos u otras enfermedades o desórdenes del Corazón o del Sistema Circulatorio?

3.- ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas, u otras enfermedades o desórdenes del Cerebro o del Sistema Nervioso o Trastornos Psiquiátricos?

4.- ¿Albúmina o sangre en la orina, u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata, o enfermedades venéreas?

5.- ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos, quistes, tumores o cáncer?

6.- ¿Alergias, anemias u otros desórdenes sanguíneos?

7.- ¿Ictericia, hemorragia Intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, o vesícula biliar?

8.- ¿Alguna enfermedad o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?

9.- ¿Alguna enfermedad o desórdenes de los músculos, huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?

10.- ¿Ha sido objeto de diagnóstico o tratamiento por un médico como afectado por el síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o complejo relacionado con el SIDA?

11.- ¿Está o recientemente fue recluida en alguna Institución Médica, o padece de deformaciones o mutilaciones?

12.- ¿Alguna enfermedad o desorden de los órganos reproductivos?

13.- ¿Diabetes, tiroides y otro trastorno endocrino?

14.- ¿Se encuentra en estado de gestación o ha tenido abortos?

15.- ¿Usted o alguno de sus Familiares ha usado heroína, morfina u otra droga narcótica, (LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica)?

16.- ¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar ha sido arrestado o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol?

17.- ¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar fuma cigarrillos? En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas, cantidad diaria que consume:

18.- ¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar dejó el hábito de fumar cigarrillos? En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas, cantidad que consumía y fecha que lo dejó:

19.- ¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar toma bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique cuál o cuáles persona(s) y la cantidad diaria, semanal o mensual:

20.- ¿A Usted o alguno de sus Familiares a asegurar se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no ha llevado a cabo? En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y detalles:

DECLARACIÓN DE SALUD (Complemento a Respuestas Afirmativas)

Si alguna de las Respuestas en el cuadro anterior de preguntas fue afirmativa, favor complementarla en el siguiente recuadro

Nombre de la Persona a Asegurar y Número de la Pregunta	Condición y Complicación (Indique si fue operado)	Fecha de Comienzo de la Afección	Nombre y Dirección de Médicos e Instituciones Médicas que le han atendido

ANTECEDENTES MÉDICO FAMILIARES

1.- ¿Algún familiar de primer o segundo grado de consanguinidad del Asegurado padece o ha padecido, de Diabetes, Cáncer, Hipertensión Arterial, Enfermedad Cardíaca, Renal o Mental? Si la respuesta es afirmativa indique la información complementaria en el próximo recuadro. SI _____ NO _____

Parentesco	Edad, si vive	Detalles de la afirmación en la pregunta N° 1	Si falleció, indicar causa y edad al fallecer
Padre			
Madre			
Hermano 1			
Hermano 2			
Hermano 3			

2.- Si mediante la presente, se solicita seguro para el Cónyuge del Solicitante, responder: ¿Algún familiar cercano del Cónyuge padece o ha padecido, de Diabetes, Cáncer, Hipertensión Arterial, Enfermedad Cardíaca, Renal o Mental? Si la respuesta es afirmativa indique la información complementaria respecto del Cónyuge en el próximo recuadro. SI _____ NO _____.

Parentesco	Edad, si vive	Detalles de la afirmación en la pregunta N° 1	Si falleció, indicar causa y edad al fallecer
Padre			
Madre			
Hermano 1			
Hermano 2			
Hermano 3			

OTROS DATOS NECESARIOS

1.-¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Vida?. En caso afirmativo, indique la(s) personas, la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y los Capitales Asegurados: SI _____ NO _____.

2.-¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Salud?. En caso afirmativo, indique la(s) personas, la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y los Capitales Asegurados: SI _____ NO _____.

3.-¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada alguna Solicitud de Seguro de Vida o de Salud?. En caso afirmativo, de detalles: SI _____ NO _____.

4.-¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazado un reclamo de indemnización por Seguros de Salud?. En caso afirmativo, de detalles: SI _____ NO _____.

OTRAS POLIZAS DE SEGUROS

Favor indicar que otras Pólizas de Seguro que mantiene usted vigente con Seguros Altamira u otra(s) Compañía(s) de Seguros de salud

Compañía	Vigencia	N° de Póliza	Suma Asegurada

Yo, _____, C.I. _____, el Propuesto Asegurado Titular declaro formalmente, mediante la firma de esta solicitud, la cual formara parte integrante de la Póliza de ser emitida que la información que doy en este documento es verídica y que no he suprimido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad el riesgo con el fin de influenciar a **LA ASEGURADORA** para que suscriba la Póliza. Asimismo autorizo a los médicos, clínicas e instituciones de salud para suministrar a Seguros Altamira C.A., en el momento que lo requiera todos los datos que posean sobre mi estado de salud, antes o después de mi fallecimiento, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar secreto médico.

Esta Solicitud no implica compromiso alguno de aceptación del riesgo por parte de **LA ASEGURADORA** ni obliga a ésta a emitir la Póliza solicitada a menos que antes hubiere hecho una proposición; no obstante, si dicha Póliza fuese emitida esta solicitud servirá como base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

DECLARACION DE FE DEL TOMADOR:

Yo, _____, C.I. _____, **Declaro que** el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas Sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

FIRMA ASEGURADO TITULAR

FIRMA DEL TOMADOR

Huella Digital

Huella Digital

INTERMEDIARIO

CODIGO DEL INTERMEDIARIO

CIUDAD Y FECHA

Dirección de la Sede de SEGUROS ALTAMIRA, C.A.: Avenida Libertador con calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador, pisos 1, 2, 3 y PH-1, Urb. La Florida, Caracas. Distrito Capital.

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante oficio de fecha _____ de _____ de _____.