

Póliza: ☐ Individual ☐ Colectiva Cotización Nro.: _____

Datos de Identificación del Solicitante Titular					
Nro. C.I./ Pasaporte:		Nacionalidad: ☐ Venezolana ☐ Extranjera		R.I.F. Nro.:	
País de origen:		Residente: ☐ Sí ☐ No			
1er. Apellido:		2do. Apellido:		Apellido de Casada:	
1er. Nombre:		2do. Nombre:			
Sexo: ☐ F ☐ M	Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Otro			Lugar de Nacimiento:	
Fecha de Nacimiento:	Actividad Económica: ☐ Comercial ☐ Profesional		Ramo:		
Descripción de la Actividad:			Profesión y Oficio:		
Ocupación: ☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Socio		En caso de Póliza Colectiva (Fecha de Ingreso a la Empresa):		El Tomador es el Solicitante Titular: ☐ Sí ☐ No	
Dirección de Habitación:					
País:		Estado:		Ciudad:	
Urbanización:		Av./ Calle /Transv.:		CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:	
Piso Nro. /Nivel:		Of./Apto.			
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: ☐ Jurídica ☐ Gubernamental ☐ 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: ☐ Profesional ☐ Industrial ☐ Comercial ☐ Gubernamental			Ramo:		
Descripción de la Actividad:			Profesión y Oficio:		
Dirección de Habitación					
Telf. (Cód.) Nro.:		Telf. Cel. (Cód.) Nro.:		Otro Telf. (Cód.) Nro.:	
Fax: (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.)	☐ Menor o igual a doce (12) Salarios Mínimos ☐ Mayor a doce (12) Salarios Mínimos
Patrimonio (en Bs.)	☐ Menor o igual a veinticuatro (24) Salarios Mínimos ☐ 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(a) 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?: ☐ Sí ☐ No	Cargo actual o anterior:
¿Desempeña o ha desempeñado funciones de alto nivel en una organización internacional?: ☐ Sí ☐ No	Cargo 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?: ☐ Sí ☐ No	Cargo actual o anterior:
¿Es usted y/o algún familiar una Persona Expuesta Políticamente?: ☐ Sí ☐ No	Cargo actual o anterior:
Nombre del Partido / Corporación:	Vínculo / Nombre del PEP Nacional o Extranjero:

Coberturas a Contratar

Suma Asegurada US\$		Deducible en Venezuela
☐ 30.000 ☐ 50.000 ☐ 100.000	No Aplica	
Suma Asegurada US\$	Deducible US\$ (para atenciones fuera de Venezuela)	Deducible en Venezuela
☐ 200.000	☒ 5.000	No Aplica

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.				

Datos de las Personas a Incluir en la Póliza

No.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Nro. de C.I. o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso
1		Solicitante Titular					
2							
3							
4							
5							
6							

Declaración de Salud del Titular de la Póliza y los Asegurados Adicionales

Tabaquismo ¿Fuma o ha Fumado?	N° Aseg	Respuesta	N° de cigarrillos diarios	N° de años que tiene fumando o que fumó
		☐ Sí ☐ No		
		☐ Sí ☐ No		
		☐ Sí ☐ No		
		☐ Sí ☐ No		
		☐ Sí ☐ No		

¿Practica algún deporte o actividad profesional que se puede considerar de riesgo?	N° Aseg	Respuesta	Deporte o actividad de alto riesgo			
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
Patología	N° Aseg	Respuesta	Nombre del medicamento	Concentración	Frecuencia y horario de las tomas	Fecha de diagnóstico
Hipertensión		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
Hiperinsulinismo		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
Hipotiroidismo		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
Asma		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
Enfermedad	N° Aseg	Respuestas	Tipo de enfermedad			
Cáncer		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				
		☐ Sí ☐ No				

Neurológicas y del Sistema Nervioso		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Cardiovasculares		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Osteomusculares		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Genito-Urinarias		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Hematológicas		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Enfermedades Digestivas		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	

Sistema Endocrino		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Respiratorias		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Oculares		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Covid 19		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Quemaduras de alto grado		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
Trasplante de Órganos		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	
		☐ Sí ☐ No	

Proceso Séptico Mayor		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
Politraumatismo		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
¿Tienes colocado algún material de osteosíntesis, prótesis, stent y/o Marcapasos?		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
¿Patología malformación o enfermedad o condición congénita o adquirida?		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
		☐ Sí ☐ No			
Otras Condiciones de Salud de los Asegurados	N° Aseg	Respuestas	Otras Condiciones de Salud de los Asegurados	N° Aseg	Respuestas
¿Está embarazada?		☐ Sí ☐ No	Implante de prótesis mamaria		☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
Diabetes		☐ Sí ☐ No	Colecistectomía (Extracción de la vesícula)		☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No

Ovario poliquístico		☐ Sí ☐ No	Adenoidectomía (Extracción de adenoides)		☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
Histerectomía		☐ Sí ☐ No	Apendicectomía (Extracción del apéndice)		☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
Cesárea o partos		☐ Sí ☐ No	Amigdalectomía (Extracción de las amígdalas)		☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No			☐ Sí ☐ No
Otra Enfermedad o Condición de Salud no nombrada en los puntos anteriores		☐ Sí ☐ No	Especifique:		
		☐ Sí ☐ No	Especifique:		
		☐ Sí ☐ No	Especifique:		
		☐ Sí ☐ No	Especifique:		
		☐ Sí ☐ No	Especifique:		
		☐ Sí ☐ No	Especifique:		

Declaración del Solicitante Titular / Tomador

Yo, _____, antes identificado, en mi condición de contratante y pagador de la prima de la Póliza Global Benefits solicitada por el presente, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, bienes, valores, títulos, 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 de 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:
----------------------	---------	------------------	--------