



Pirámide
SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

Te lo hacemos fácil

ESTA SOLICITUD DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE, BIEN SEA EN FORMA DIGITAL O EN LETRA DE IMPRENTA, LEGIBLE, SIN ENMIENDAS Y FIRMADA POR EL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO.

Fecha de solicitud
/ /

Movimiento <input type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Modificación	Tipo de Póliza <input type="checkbox"/> Individual	Moneda <input type="checkbox"/> Bolívar <input type="checkbox"/> Divisa
--	---	--

I. DATOS DEL TOMADOR

Si el Tomador es Persona Natural (indique los datos solicitados)

Apellido(s) y Nombre(s)		Documento de Identidad	Nro. R.I.F.
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento / /	Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> RH	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de Cobro			
Dirección de Habitación		Estado	Municipio/Parroquia
Teléfono de Habitación	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Otro Correo Electrónico
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Societaria Ramo		Profesión	Ocupación
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)		Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)	Teléfono Oficina

Si el Tomador es Persona Jurídica (indique los datos solicitados)

Nombre o Razón Social de la Empresa	Nombre del Registro Mercantil	N°	Tomo	Fecha de Constitución / /	Nro. de R.I.F.
Dirección de la Empresa		Estado		Municipio/Parroquia	
Objeto Social	Actividad <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Otro Especifique			Teléfono de la Empresa	
Dirección de Cobro					
Capital Suscrito y Pagado	Patrimonio (según último estado de resultado)	Utilidad del ejercicio económico anterior (cuando aplique)	Productos/Servicios que ofrece		
Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal				Documento de Identidad	
Dirección Representante Legal			Correo Electrónico	Teléfono	

II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Si el Propuesto Asegurado es Persona Natural (indique los datos solicitados)

Apellido(s) y Nombre(s)		Documento de Identidad	Nro. R.I.F.
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento / /	Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> RH	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Habitación		Estado	Municipio/Parroquia
Teléfono de Habitación	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Otro Correo Electrónico
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Societaria Ramo		Profesión	Ocupación
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)		Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)	Teléfono Oficina

III. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR A INCLUIR EN EL SEGURO

Nro.	Parentesco	Apellido(s) y Nombre(s)	C. I.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso (Kg)	Estatura (Mts.)
1	Titular			/ /		, Kg	. m
2	Parentesco			/ /		, Kg	. m
3	Parentesco			/ /		, Kg	. m
4	Parentesco			/ /		, Kg	. m
5	Parentesco			/ /		, Kg	. m
6	Parentesco			/ /		, Kg	. m
7	Parentesco			/ /		, Kg	. m
8	Parentesco			/ /		, Kg	. m

IV. BENEFICIARIOS EN CASO DE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido(s) y Nombre(s)	C. I.	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Suma Asegurada (%)
		/ /	Parentesco	
		/ /	Parentesco	
		/ /	Parentesco	
		/ /	Parentesco	

V. TIPO DE COBERTURA

Evento y año póliza Año Póliza Año Póliza – Grupo Familiar

VI. COBERTURAS A CONTRATAR

Cobertura Básica	Suma Asegurada	Deducible - Reembolso %
GASTOS MÉDICOS, DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA <input type="checkbox"/>		
Coberturas Opcionales (El Tomador no está obligado a contratarlas)		
MATERNIDAD <input type="checkbox"/>		
ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA <input type="checkbox"/>		
Frecuencia de Pago de la Prima <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (Indique):		

VII. DECLARACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR

Interrogantes	Asegurado Afectado	Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o Diagnóstico, Fecha de Ocurrencia)
1. ¿Alguna de las personas a asegurar está bajo tratamiento médico, padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sido notificada de su existencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2. ¿Alguna de las personas a asegurar ha sido intervenida quirúrgicamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3. ¿Alguna de las personas a asegurar ha sufrido algún accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
4. ¿Alguna de las personas a asegurar tiene planificada alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5. ¿Alguna de las personas a asegurar ha aumentado o disminuido de peso durante los últimos tres (3) años? Indique causa y fecha <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
6. ¿Alguna de las personas a asegurar fuma o fumaba? Indique la cantidad y frecuencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
7. ¿Alguna de las personas a asegurar ingiere bebidas alcohólicas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
8. ¿Alguna de las personas a asegurar ingiere drogas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
9. ¿Alguna de las personas a asegurar practica o ha practicado algún deporte? Indique cual, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
10. ¿Alguna de las personas a asegurar ha estado o está bajo observación o tratamiento psiquiátrico y/o psicológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
11. ¿Alguna de las personas a asegurar tiene algún impedimento, defecto o deformación física? Indique cual, especifique si es congénito o a consecuencia de un accidente o similar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
12. ¿Alguna de las personas a asegurar ha sido rechazada en otra solicitud de Seguros de Salud y/o Vida? Indique empresa aseguradora y motivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
13. ¿Alguna de las personas a asegurar se encuentra amparado por alguna póliza de Salud, Gastos Funerarios o Accidentes Personales? Indique empresa aseguradora y capital asegurado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
14. ¿Alguna de las personas a asegurar padece o ha padecido alguna otra enfermedad no especificada en ninguno de los ítems anteriores? Especifique <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

VIII. DECLARACIÓN DE SALUD COMPLEMENTARIA ASOCIADA AL HISTORIAL FAMILIAR

Interrogantes	Asegurado Afectado	Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o Diagnóstico, Fecha de Ocurrencia)
Indique si usted padece o ha padecido algunas de las siguientes afecciones:		
A. Hipertensión Arterial, Infartos, Arritmias, Taquicardias, Enfermedad Cerebro Vasculard, Várices, Arterioesclerosis, Tromboflebitis, Aneurismas o cualquier otra enfermedad cardíaca o circulatoria. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
B. Asma, Bronquitis, Tuberculosis, Tos Constante, Neumonía, Bronconeumonía, Derrame Pleural, Apnea del sueño o cualquier otra enfermedad respiratoria. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
C. Gastritis, Úlceras Pépticas, Colón Irritable, Pólipos Intestinales, Esofagitis, Cálculos Vesiculares o cualquier otra enfermedad en el aparato digestivo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
D. Dermatitis, Dermatitis, Infecciones de piel, Carcinomas Basocelulares, Fragilidad Capilar, Seborrea, Vitíligo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
E. Cataratas, Glaucoma, Estrabismo, Irritaciones oculares, Miopías y otras afecciones visuales. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
F. Rinitis, Sinusitis, Otitis, Amigdalitis, Deformaciones del Tabique y los Cornetes Nasales, Otitis, Vértigo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
G. Artritis, Reumatismo, Neuritis, Gota, Síndrome del Manguito Rotador, Osteoartritis, Osteoporosis, Bursitis, afecciones de la Columna Vertebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
H. Diabetes, Tiroiditis y sus variaciones, hipertrigliceridemia, Bocio, Obesidad. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
I. Cálculos y/o Alteraciones en Riñones, Vejiga o Próstata, Infecciones en el Sistema Urinario. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
J. Parkinson, Alzheimer, Epilepsias, Convulsiones. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

K.	Anemia, Púrpura, Mieloma Múltiple, Otras Afecciones hematológicas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
L.	Mononucleosis Infecciosa, Citomegalovirus, VPH, Hepatitis, Meningitis, Otras Enfermedades Infecciosas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
M.	Sangramiento Irregular, Fibromas Uterinos, Afecciones del Sistema Reproductor Femenino, pólipos, quistes de ovarios.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
N.	Cualquier otra Patología, padecimiento o enfermedad no especificada en ninguno de los ítems anteriores.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
O.	Padece o ha padecido alguna enfermedad de la piel: celulitis, absceso, cutáneo, quiste, tumores, dermatitis o cáncer, quemaduras o heridas complicadas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
P.	Padece alguna enfermedad en ojos, nariz, garganta u oídos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Q.	Padece o ha padecido de intoxicación o envenenamiento ¿Alguna alergia o reacción de hipersensibilidad, edema de glotis o Anafilaxia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
R.	Sospecha o ha sido diagnosticado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

IX. INTERMEDIARIO (S) DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Apellidos y Nombres	Código	Cédula de Identidad	% Participación	Firma

X. AUTORIZACIONES

Pago por Transferencia a Cuenta Bancaria

¿Autoriza a Seguros Pirámide, C.A., a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas?: Si No

Datos Cuenta Bancaria Asegurado Titular

Tipo de Cuenta	Número de Cuenta	Nombre del Banco
<input type="checkbox"/> Corriente		

Condiciones

- No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (R.I.F.) y/o número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Seguros Pirámide, C.A., para el asegurado titular de la póliza.
- Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Seguros Pirámide C.A., a la cual se efectuarán sus abonos.
- Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria.
- No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de ahorro, ni de pensiones.

XI. DECLARACIÓN JURADA

YO _____, COMO PROPUESTO ASEGURADO, DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO QUE HE LEÍDO CUIDADOSA Y TOTALMENTE TODAS LAS PREGUNTAS CONSIGNADAS EN EL PRESENTE INTERROGATORIO Y QUE MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS, AMPLIAS, COMPLETAS Y EXACTAS. QUE NO HE OMITIDO NI DISIMULADO NINGÚN HECHO O CIRCUNSTANCIAS EN DICHAS CONTESTACIONES QUE PUEDAN MODIFICAR LA OPINIÓN DEL ASEGURADOR SOBRE EL RIESGO A ASUMIR POR EL SEGURO SOLICITADO. CONOCER EL PLAN DE SEGURO ESCOGIDO Y ACEPTO QUE LA RESPONSABILIDAD DE SEGUROS PIRÁMIDE C.A. COMIENZA DESPUES DE HABERSE EMITIDO EL RESPECTIVO CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA Y PAGADO LA PRIMA CORRESPONDIENTE EN LA FECHA DE SU EXIGIBILIDAD Y AUTORIZO A ESTA EMPRESA DE SEGUROS A SOLICITAR CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI ESTADO DE SALUD, A TODOS LOS MÉDICOS E INSTITUCIONES HOSPITALARIAS QUE ME HAYAN ASISTIDO O ME ASISTAN EN EL FUTURO, Y RELEVO A TODOS ELLOS DE LA OBLIGACIÓN DE GUARDAR EL SECRETO PROFESIONAL Y DE TODA RESPONSABILIDAD QUE PUEDA DERIVARSE DE TALES INFORMACIONES.

YO _____, TITULAR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD N° _____ EN MI CARÁCTER DE TOMADOR, DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO, QUE LA INFORMACIÓN QUE DPY EN ESTE DOCUMENTO ES VERÍDICA, QUE NO HE PRESUMIDO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, Y 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, CAPITALES, BIENES, HABERES, VALORES O TÍTULOS, PRODUCTO DE ACTIVIDADES O HECHOS ILÍCITOS CONTEMPLADAS EN LA LEYES VENEZOLANAS VIGENTES EN RELACIÓN A ESTA MATERIA.

FECHADO EN _____ EL _____ DE _____ DEL AÑO _____

FIRMA DEL TOMADOR	HUELLA DACTILAR	FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO	HUELLA DACTILAR
	HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO)		HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO)
C.I.:		C.I.:	

Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de la verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante.

C.N.E.	Seguro Social	Observaciones
	Lugar	Fecha / /