



INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA BAJO EL N° 118
R.I.F. J-30668450-6.
AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4ta AVENIDA, TORRE SEGUROS QUALITAS, LOS PALOS GRANDES, CARACAS, DISTRITO CAPITAL
INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL SEGUNDO DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL DISTRITO FEDERAL Y ESTADO MIRANDA, EN
FECHA 4 DE ENERO DE 2000, BAJO EL N° 25, TOMO 1-A-SGDO.

SOLICITUD DE SEGURO DE EMERGENCIAS MEDICAS										
Tipo de Póliza		Individual ☐					Colectivo ☐			
Fecha de Solicitud / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
Oficina	N° Certificado	Emisión ☐	Modificación ☐		Inclusión ☐					
A.- DATOS DEL TOMADOR										
PERSONA NATURAL										
1er Apellido	2do Apellido o de Casada		1er Nombre		2do Nombre					
C.I. N°/ Pasaporte	N° R.I.F	Lugar y Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo M ☐ F ☐		Estado Civil			
Profesión u Ocupación	Actividad Económica, Comercial, Profesional o Asociación sin fines de lucro. Especifique Ramo:					Ejercicio Indep. ☐ Empleado ☐ Socio ☐				
Dirección de Habitación							Estado			
Ciudad	Municipio	E-mail		¿Se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de criptomonedas? Sí ☐ No ☐						
Dirección de Oficina										
Estado	Ciudad	Municipio		E-mail						
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Teléfono Celular		Ingreso Promedio Anual (Bs)						
PERSONA JURÍDICA										
Nombre ó Razón Social (indicar siglas si las tiene)				Fecha de Constitución / /		N° R.I.F.				
Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____				Utilidad del Ejercicio económico inmediatamente anterior:						
Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas:		Actividad Económica. Especifique Ramo:			Ingreso Promedio Mensual (Bs)					
Representante Actual				Pertenece usted a una Asociación sin fines de Lucro: Sí ☐ No ☐ Indique nombre:						
Dirección de Cobro										
Estado	Ciudad	Municipio	Zona Postal	¿Se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de criptomonedas? Sí ☐ No ☐						
Teléfono Oficina		Teléfono Celular		Fax			E-mail			
B.- DATOS DEL REPRESENTANTE DEL TOMADOR – PERSONA JURÍDICA										
1er Apellido	2do Apellido o de Casada		1er Nombre		2do Nombre					
C.I. N°/ Pasaporte	N° R.I.F	Lugar y Fecha de Nacimiento		Edad	Estado Civil		Sexo M ☐ F ☐		Empleado ☐ Socio ☐	
Profesión u Ocupación/Actividad Económica, Comercial, Profesional o Asociación sin fines de lucro. Especifique Ramo:					Dirección de Habitación:					
Dirección de Oficina:										
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular			Ingreso Promedio Anual (Bs)			

C.- DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (Llenar en caso de ser diferente al Tomador)							
1 ^{er} Apellido		2 ^{do} Apellido o de Casada		1 ^{er} Nombre		2 ^{do} Nombre	
C.I. N°/ Pasaporte		N° R.I.F	Lugar y Fecha de Nacimiento		Edad	Estado Civil	
Estatura (Mt)	Peso (Kg)	Profesión	Actividad Económica, Comercial, Profesional o Asociación sin fines de lucro. Especifique Ramo:				
Ejercicio Indep. ☐			Empleado ☐	Socio ☐	Ingreso Anual Bs.		Sexo M ☐ F ☐
Dirección de Habitación							
Estado		Ciudad	Municipio		¿Se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de criptomonedas? Sí ☐ No ☐		
Dirección de Oficina							
Estado		Ciudad			Municipio		
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular		E-mail	
D.- PAGO DE SINIESTRO POR TRANSFERENCIA BANCARIA							
Autorizo a depositar en la cuenta: Corriente ☐ Ahorro ☐ Custodia ☐ Nro. _____							
Pertenece a: _____ Titular de la C.I.: _____							
Del Banco: _____ el importe correspondiente al pago de cualquier siniestro.							
E.- ASEGURADOS A INCLUIR							
N°	Apellidos y Nombres	C.I. N°/ Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	Estatura (Mt):	Peso (Kg):	Parentesco
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
F.- COBERTURAS SOLICITADAS							
Cobertura Básica				Deducible			
				Forma de Pago:			
G.- BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR							
N°	Apellidos y Nombres	C.I. N°/ Pasaporte		Parentesco		% Participación	
1							
2							
3							
4							

H.- COMPLETE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO EN TODAS SUS PARTES		SI	NO			
1.- Por favor indique si usted o alguno de los familiares a incluir padecen, han padecido o están bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones o enfermedades:						
a) Enfermedades Respiratorias, tales como: Asma Bronquial, Bronquitis, Bronquiolitis, Enfisema, Neumonía, Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) u otras enfermedades del Sistema Respiratorio.						
b) Enfermedades Cardiovasculares, tales como; Hipertensión Arterial, Ataque cardíaco, Angina o dolor de pecho, Soplo Cardíaco, Insuficiencia Cardíaca Congestiva o desórdenes del corazón o sistema circulatorio.						
c) Enfermedades Cerebrovasculares, tales como: Desmayos, confusión, parálisis de miembros, dificultad para hablar, articular y entender, Accidente Cerebro-vascular (ACV). Cefalea o migraña. Epilepsia o Convulsiones. Otros trastornos o enfermedad del Cerebro o Sistema Nervioso.						
d) Afecciones del estómago, intestinos, hígado, vesícula, apéndice, hemorroides u otras de las vías digestivas. Trastornos de la sangre, tumores, cáncer, Sida entre otros.						
e) Enfermedades o Trastornos Endocrinos tales como: Diabetes Mellitus, Bocio, hipertiroidismo, hipotiroidismo, Tiroiditis, Resistencia a la insulina, enfermedad de cushing, cáncer de tiroides.						
f) Enfermedades Renales: Litiasis renal, Cólico nefrítico, Sangre en la orina o Hematuria, Cistitis, Infecciones urinarias, Pielonefritis, Insuficiencia renal aguda. Otras enfermedades del riñón, vejiga o próstata. Alteraciones menstruales u otras afecciones ginecológicas, patologías mamarias.						
g) Afecciones de los músculos, huesos o articulaciones, torceduras, dislocación, fractura, artritis, Artrosis, Artritis reumatoide, gota, hernias.						
h) Defectos físicos, mutilación, accidentes, invalidez física. Trastornos psíquicos y/o somáticos.						
i) Afecciones de la piel, Alergias, Dermatitis, Celulitis, Abscesos cutáneos, quistes, tumores o cáncer?, patologías oculares, oídos o garganta?						
j) Alcoholismo, farmacodependencia/ drogadicción. Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad.						
2.- Para la mujer: ¿Está usted embarazada?						
Nº de Cesáreas _____ Nº de Abortos: _____						
3.- Adicionalmente a las enfermedades mencionadas anteriormente, alguna de las personas indicadas en esta solicitud, en los últimos cinco (5) años:						
a) Ha recibido algún tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad.						
b) Ha padecido alguna enfermedad por la cual no haya recibido atención médica.						
c) Ha sido examinado por un médico.						
d) Le han recomendado practicarse alguna intervención que esté pendiente de ejecutarse.						
e) Le han practicado exámenes especiales de diagnóstico, radiografías, electrocardiogramas o análisis de laboratorio.						
4.- ¿Se encuentran en buen estado de salud? De detalles en caso de respuesta negativa:						
5.- ¿Alguna de las personas a asegurar fuma o dejó el hábito de fumar? En caso que su respuesta sea afirmativa indique cantidad diaria y/o tiempo transcurrido desde que dejó el hábito de fumar.						
En caso de respuesta positiva a una o más preguntas, por favor dar detalles completos.						
No. del Asegurado	No. de la Pregunta	Diagnóstico	Tratamiento o Intervención practicada	Fecha	Resultado	Médicos Centro Médico
I.- OTROS SEGUROS VIGENTES SOBRE LOS MISMOS RIESGOS						
Empresa de Seguros	Monto Asegurado	Nº de Póliza	Vigencia			

J.- 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 (5) 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?	Cargo Actual o Anterior :
¿Desempeña o ha desempeñado funciones de alto nivel en una organización internacional?	Cargo Actual o Anterior :
¿Usted es 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?	Cargo Actual o Anterior :
¿Es usted y/o algún familiar una persona expuesta políticamente?	Cargo Actual o Anterior :
Nombre del partido / Corporación:	Vínculo / Nombre del PEP Nacional o Extranjero:

Yo, _____, C.I. _____, **Propuesto Asegurado Titular** hago constar que la información que he suministrado es veraz y completa, pues he indicado todos los hechos y circunstancias que influyen, indican, o pueden modificar la aprobación del nivel de riesgo. Asimismo autorizo a los médicos, clínicas e instituciones de salud para suministrar a Seguros Qualitas 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.

Yo, _____, C.I./RIF _____, **El Tomador de la Póliza**, Doy fe 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 acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en la Actividad Aseguradora.

Ciudad y Fecha

Firma del Tomador

Huella
Dactilar

Firma del Propuesto
Asegurado Titular

Huella
Dactilar

Nombre del Intermediario de Seguros

Firma del Intermediario de Seguros

Código

Para ser llenado por el tomador (en caso de Póliza Colectiva)

Plan:		Clase de Riesgo:	
Localidad:		Filial:	
Fecha Ingreso a la Empresa:		Código Empleado:	