MAPFRE SEGUROS J-00021410-7

Fecha de Solicitud
Nro. de Solicitud

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL
SOLICITUD DE SEGURO

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-1-1-9540-2014 de fecha 09 de enero de 2015

1. DATOS DE LA POLIZA

Número de Póliza	Fecha de Inicio Póliza	Fecha Inicio Certificado

2. DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres o Razón Social			
N° R.I.F./ C.I.	Estado Civil	Lugar y Fecha de Nacimiento	
Dirección			
Número de Teléfono	Ingreso Promedio Anual	Dirección de Correo Electrónico	Profesión u Oficio

Actividad Principal a la cual se dedica	Productos o Servicios Ofrecidos	Descripción de la Actividad
☐ Profesional ☐ Industrial ☐ Comercial ☐ Otra: _____		☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Socio

Apellido y Nombre del Representante Legal (Si aplica)	Cédula de Identidad	Número de Teléfono

3. FORMA DE PAGO

☐ Financiado

Contado:

☐ Efectivo ☐ Cheque

Cargo en Cuenta (Llenar Autorización) ☐ Corriente ☐ Ahorro

Tarjeta de Crédito ☐ Visa ☐ Master Vencimiento: _____

Banco: _____ Número de Cuenta: _____

4.DATOS DEL SOLICITANTE (ASEGURADO TITULAR)

1er. Apellido	2do. Apellido o Apellido de Casada	1er. Nombre e Inicial del 2do.	Cédula de Identidad
Lugar y Fecha de Nacimiento		Estado Civil.	Fecha de Matrimonio
Dirección de Residencia			
Ciudad	Estado	Teléfono Residencia	Teléfono Celular

Nombre de la Empresa Donde Trabaja	Dirección de la Empresa

Profesión u Oficio	Actividad Económica, si es comerciante indique el ramo:	Descripción de la Actividad
		☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Socio

Teléfono del Trabajo	Fecha de Ingreso	Ingreso Anual	Dirección de Correo Electrónico

Firma Huella o Sello del Tomador _____

5. PERSONAS A SER INCLUIDAS EN LA PÓLIZA

Persona Nro.	1er. Apellido	2do. Apellido o Apellido de Casada	1er. Nombre e Inicial del 2do.	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento
1	**ASEGURADO TITULAR**				
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Nota: Colocar la Información de las personas a ser incluidas en la Póliza de acuerdo al número con el cual fueron identificadas en el recuadro anterior

Persona Nro.	Relación con el titular	Estado Civil				Sexo	Peso	Estatura	Trabaja		Deporte Que Practica
		S	C	D	V				Si	No	
1	**TITULAR**	☐	☐	☐	☐				☐	☐	
2		☐	☐	☐	☐				☐	☐	
3		☐	☐	☐	☐				☐	☐	
4		☐	☐	☐	☐				☐	☐	
5		☐	☐	☐	☐				☐	☐	
6		☐	☐	☐	☐				☐	☐	
7		☐	☐	☐	☐				☐	☐	

6. COBERTURAS CONTRATADAS

☐ Plan Básico Bs. _____ Deducible Bs. _____

☐ Servicios Funerarios ☐ Servicios de Atención Primaria ☐ Servicios de Atención Domiciliaria ☐ Trasplante de Órganos o Tejidos

☐ Servicios Psicológicos ☐ Asistencia en Viaje ☐ Renta Diaria por Hospitalización

☐ Servicios Odontológicos, Oftalmológicos, Dermatológicos y Otorrinolaringológicos

Plan exceso	Riesgos Extraordinarios	Maternidad	Indique el Nro. de la Persona, indicada en el cuadro anterior
	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No Bs. _____	_____

7. DECLARACIÓN DE SALUD

Favor responder tomando en cuenta a cada persona a ser incluida en la póliza

Sección I

1.	¿Ha padecido o padece enfermedades Neurologías, ejemplo: Tumores, Aneurismas, Convulsiones, Parálisis, Accidente Vascular Cerebrales?	☐ Si ☐ No
2.	¿Ha padecido o padece enfermedades Respiratorias, ejemplo: Asma Sinusitis, Neumonía, Tuberculosis, Enfisema?	☐ Si ☐ No
3.	¿Ha padecido o padece enfermedades Cardiovasculares, ejemplo: Varices, Infarto, Hipertensión Arterial, Soplos?	☐ Si ☐ No
4.	¿Ha padecido o padece alteraciones o enfermedades en las Glándulas Mamarias?	☐ Si ☐ No
5.	¿Ha padecido o padece enfermedades Gastrointestinales, ejemplo: Gastritis, Ulceras, Hepatitis, Litiasis Vesicular, Enfermedad Intestinal?	☐ Si ☐ No
6.	Ha padecido o padece enfermedades del Sistema Genitourinario, ejemplo: Cálculos Renales, infecciones Urinarias Incontinencias Urinaria, Vejiga Neurogenica?	☐ Si ☐ No
7.	¿Ha padecido o padece enfermedades Osteomusculares, Ejemplo: Artritis, Reumatismo, Fracturas, Luxaciones?	☐ Si ☐ No
8.	¿Ha padecido o padece enfermedades Endocrinas, ejemplo: Diabetes, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Síndrome Metabólico, Síndrome Resistencia a la Insulina, Sobrepeso?	☐ Si ☐ No
9.	¿Ha padecido o padece Hernia Inguinal, Umbilical, Epigástrica, Discal?	☐ Si ☐ No

Firma Huella o Sello del Tomador _____

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-1-1-9540-2014 de fecha 09 de enero de 2015

Sección II

10.	¿Recibe tratamiento Oncológico?	☐ Si ☐ No
11.	¿Padece de Sida o tiene pruebas positivas del Virus?	☐ Si ☐ No
12.	¿Recibe tratamiento de Hemodiálisis o Riñón Artificial?	☐ Si ☐ No
13.	¿Padece o ha padecido de Alcoholismo?	☐ Si ☐ No
14.	¿Padece o ha padecido de Toxicomanía?	☐ Si ☐ No
15.	¿Padece alguna limitación física?	☐ Si ☐ No
16.	¿Padece alguna limitación Psíquica?	☐ Si ☐ No
17.	¿Padece alguna limitación funcional?	☐ Si ☐ No

Sección III

18.	¿Ha estado en observación en algún centro de salud?	☐ Si ☐ No
19.	¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?	☐ Si ☐ No
20.	¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica?	☐ Si ☐ No
21.	¿Se encuentra en estado de gestación?	☐ Si ☐ No
22.	¿Padece de Alergias?	☐ Si ☐ No
23.	¿Ha sido sometido a algún estudio de esterilidad o alguna intervención quirúrgica contraceptiva, ejemplo: Vasectomía, Ligadura de Trompas?	☐ Si ☐ No
24.	¿Padece Alguna enfermedad crónica (de larga data)?	☐ Si ☐ No
25.	¿Recibe Tratamiento o control médico de algún tipo?	☐ Si ☐ No
26.	¿Ha estado o esta de reposo, por enfermedad o accidente?	☐ Si ☐ No

Sección IV

27.	¿Fuma 10 o más Cigarrillos al día?	☐ Si ☐ No
28.	¿consume 5 o más tragos por ocasión al menos una vez por semana?	☐ Si ☐ No
29.	¿tiene alguna póliza de Salud en la Actualidad?	☐ Si ☐ No

En caso afirmativo indique Aseguradora _____

De detalle completos sobre las preguntas contestadas afirmativamente. Consigne informe médico

Persona Nro.	Pregunta Sección y Nro.	Causa y/o Diagnostico	Fecha de Comienzo	Duración	Nombre del Médico, Hospital o Clínica

Si la compañía considerara necesario obtener información mas completa de su estado de salud y el de las personas a ser incluidas en la póliza, a fin de efectuar una mejor evaluación ¿Estarían dispuesto(s) a someterse a un reconocimiento médico con uno de nuestros asesores?

☐ Si ☐ No

8. PAGO DE SINIESTRO POR TRANSFERENCIA

Autorizo a depositar en la cuenta de _____ C.I. _____

Nro. _____ ☐ Corriente ☐ Ahorro, del Banco _____

El Importe Correspondiente al pago de cualquier siniestro.

Firma Huella o Sello del Tomador _____

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-1-1-9540-2014 de fecha 09 de enero de 2015

E0306020- 01/2015

9. DECLARACION

El solicitante declara: a) que esta solicitud de seguros, ha sido complementada y cumplimentada exclusivamente por el, la cual servirá de base a **MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A**. **DE SEGUROS**, para la emisión de la póliza y el cobro de prima correspondiente; b) que las declaraciones formuladas en esta solicitud de seguros, son verídicas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna; c) que informara por escrito a **MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A**. **DE SEGUROS**, cualquier hecho que modifique la información suministrada en esta solicitud de seguros: d) que autoriza a **MAPFRE LA SEGURIDAD, C.A**. **DE SEGUROS**, para requerir cualquier información a médicos, clínicas u hospitales, relacionadas con el estado de salud del asegurado titular y demás personas aseguradas, eximiendo a tales entes del secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

Y yo,_____, C.I. N°_____ en mi carácter de solicitante de la póliza o, representante del solicitante (persona jurídica con Rif N°_____), declaro: que el dinero que será utilizado para el pago de la prima, provendrá de una fuente licita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades o acciones ilícitas previstas en la ley vigente en relación a esta materia.

Lugar y Fecha _____ hora _____

Firma y Huella del Solicitante (Asegurado titular)	Firma, Huella o Sello del Tomador	Nombre, Código y Firma del Intermediario

10. SOLO PARA EL USO DE LA COMPAÑIA

Tipo de Movimiento:

- ☐ Nueva Póliza Individual
- ☐ Inclusión
- ☐ Póliza Colectiva
- ☐ Póliza Individual

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-1-1-9540-2014 de fecha 09 de enero de 2015

Firma Huella o Sello del Tomador _____