LA INTERNACIONAL DE SEGUROS
RIF: J-00338202-7
Inscrita en la SUDEASEG bajo el número 100

PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL
SOLICITUD DE SEGURO

DATOS DE TOMADOR

PERSONA NATURAL

C. I. / Pasaporte: | Rif: | Nacionalidad: | Sexo: F M

Apellidos: | Nombres:

Lugar y Fecha de Nacimiento: | Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Profesión: | Oficio: | Actividad Económica: Independiente Dependiente Comerciante Societario

En caso de ser comerciante indicar el ramo: | Ingreso Anual:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O LUGAR DONDE TRABAJA

País: | Estado: | Ciudad:

Municipio: | Parroquia: | Urbanización:

Av./Calle/Transversal: | Edificio/Local/Casa: | Piso: | Ofc./Apto:

Tlf. Hab: | Tlf. Móvil: | Zona Postal: | E-mail:

PERSONA JURÍDICA

Tipo de Persona: Pública Privada | Rif: | Razón Social:

Nombre Comercial: | Fecha Constitución: | Registro Mercantil:

Nº Registro: | Nº Tomo: | Actividad Económica: Profesional Comercial Industrial

Producto o servicio que ofrece: | Utilidad del ejercicio económico anterior:

Patrimonio, según último estado de resultados:

Representante Legal (Nombres Apellidos): | C.I.:

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

País: | Estado: | Ciudad:

Municipio: | Parroquia: | Urbanización:

Av./Calle/Transversal: | Edificio/Local/Casa: | Piso: | Ofc./Apto.:

Tlf. Hab: | Tlf. Móvil: | Zona Postal: | E-Mail:

DIRECCIÓN DEL TOMADOR

País: | Estado: | Ciudad:

Municipio: | Parroquia: | Urbanización:

Av./Calle/Transversal: | Edificio/Local/Casa: | Piso: | Ofc./Apto.:

Tlf. Hab: | Tlf. Móvil: | Zona Postal: | E-Mail:

DIRECCIÓN DE COBRO

País: | Estado: | Ciudad:

Municipio: | Parroquia: | Urbanización:

Av./Calle/Transversal: | Edificio/Local/Casa: | Piso: | Ofc./Apto.:

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE DEL TOMADOR)

PERSONA NATURAL

C. I. / Pasaporte: | Rif: | Nacionalidad: | Sexo: F M

Apellidos: | Nombres:

Lugar y Fecha de Nacimiento: | Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Profesión | Oficio | Actividad Economica: Independiente Dependiente Comerciante Societario

En caso de ser comerciante indicar el ramo: | Ingreso Anual:

Especifique actividad económica principal y/o secundaria que realice por vocación:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O LUGAR DONDE TRABAJA

País:	**Estado:**	**Ciudad:**	
Municipio:	**Parroquia:**	**Urbanización:**	
Av./Calle/Transversal:	**Edificio/Local/Casa:**	**Piso:**	**Ofc./Apto:**
Tlf. Hab:	**Tlf. Móvil:**	**Zona Postal:**	**E-mail:**

DATOS DEL CÓNYUGE

Apellidos y Nombres:	**C.I.:**	**Fecha de Nacimiento:**
Ocupación:	**E-Mail:**	

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (PERSONA NATURAL)

País:	**Estado:**	**Ciudad:**	
Municipio:	**Parroquia:**	**Urbanización:**	
Av./Calle/Transversal:	**Edificio/Local/Casa:**	**Piso:**	**Ofc./Apto:**
Tlf. Hab:	**Tlf. Móvil:**	**Zona Postal:**	**E-mail:**

DEPENDIENTES DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA (PERSONAS A ASEGURAR)

Nº	Apellidos y Nombres	Fecha de Nac.	N° C.I.	Peso Kg.	Estatura	Sexo	Parentesco	Actividad Deportiva	Maternidad
Titular									
2									
3									
4									
5									
6									

PLAN:

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	Deducible

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL TITULAR

N°	Apellidos y Nombres	C.I	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Peso	Estatura	Ocupación	% Distribución

DECLARACIÓN DE SALUD (DEBE SER CONTESTADO POR AL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA)

Las siguientes preguntas de declaración de salud van dirigidas a todos los asegurados propuestos

1.	¿Gozan de buena salud?	Si No
2.	¿Ha tenido consulta médica no rutinaria o estudio de diagnóstico en los últimos nueve (9) meses ?	Si No
3.	¿Ha presentado Ud. u otra persona a incluir un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad?	Si No
4.	¿Usa o ha usado productos de nicotina, bebidas alcohólicas, tabaco, narcótico, estupefaciente, psicotrópicos o cualquier otra droga adictiva?	Si No
5.	¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad transitoria, crónica o trasmisible?	Si No
6.	¿Ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos dos (2) años?	Si No
7.	¿Ha sido Ud. u otra persona a incluir, paciente de algúna Institución Hospitalaria (pública o privada) o intervenido quirúrgicamente, en alguna oportunidad?	Si No

8. ¿Practica de manera eventual o regular algún deporte, pasatiempo, actividad extrema o peligrosa?	Si No
Sufre o han sufrido alguna vez Ud. u otra persona a incluir en la póliza de:	
9. ¿Cancer? Esfecifique: Indique año:	Si No
10. ¿Enfermedades respiratorias o síntomas asociados como ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía, neumonía, bronconeumonía u otras similares o relacionadas?	Si No
11. ¿Enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, infarto al miocardio, arritmia cardíaca, aneurisma, angina de pecho, fiebre reumática, arteriosclerosis, trastornos valvulares, tromboflebitis, várices u otras similares o relacionadas?	Si No
12. ¿Enfermedades digestivas: Esofagitis, hernia hiatal, gastritis, ulceras, trastornos hepáticos, vesícula, enfermedad intestinal, hemorroides,alteraciones pancreáticas, colon y recto o cualquier otra enfermedad en el aparato digestivo?	Si No
13. ¿Enfermedades genito – unirarias u otras afecciones como albuminuria, hematuria, piuria, infecciones en la orina, cálculos u otra alteración de los riñones, insuficiencia renal, vejiga, varicocele, parafimosis u otras similares o	Si No
14. ¿Enfermedades venéreas, infecciosas, o parasitarias: paludismo, chagas, hepatitis, meningitis, amibiasis, bilharsiasis u otras similares o relacionadas? HIV-Sida?	Si No
15. ¿Enfermedades de la Mujer incluyendo síntomas relacionados como sangramiento genital, fibroma uterino, prolapso genital, incontinencia urinaria, afecciones en las trompas y ovarios, adenomas benignos de la mama, osteoporosis, enfermedades inflamatorias pélvicas, pólipos endometriales u otras similares o relacionadas?	Si No
16. ¿Enfermedades osteomusculares: Neuritis, ciática, gota, reumatismo, hernias discales, artritis, desviación de la columna vertebral, problemas en las articulaciones, trastorno de los ligamentos de las rodillas y de los meniscos u otras similares o relacionadas?	Si No
17. ¿Enfermedades del sistema endocrino: Diabetes, obesidad, bocio, enfermedades de la hipófisis, tiroides u otras similares o relacionadas?	Si No
18. ¿Trastornos de la sangre, hemofilia, leucemia, meloma, otras?	Si No
19. ¿Enfermedades del sistema nervioso, epilepsia, parálisis, retardo mental, mareos, ganglios linfáticos, quistes, tumores benignos, cáncer o ha tenido síntomas de convulsiones, mareos, vértigos u otras similares o relacionadas, enfermedades mentales, parkinson?	Si No
20. ¿Defecto físico, anomalía o enfermedad congénita o hereditaria, trastornos del desarrollo psíquico y somático u otras similares o relacionadas?	Si No
21. ¿Problema óseo o de las articulaciones, reumatismo, o alguna deformidad o de la pérdida de algún miembro?	Si No
22. ¿Pérdida transitoria o no transitoria de algún movimiento?	Si No
23. ¿Anomalía de la vista o auditiva?	Si No
24. ¿Se encuentra actualmente en estado de gravidez o ha tenido embarazos anteriores? Indique cantidad: Partos normales Cesáreas Abortos	Si No
25. ¿Tiene (n) prevista alguna intervención quirúrgica, tratamiento médico en los próximos doce (12) meses?	Si No
26. ¿Ha tenido o tiene alguna otra enfermedad, padecimiento, lesión, accidente, cirugía, cesáreas, consulta médica, diagnóstico, pérdida o aumento de peso u hospitalización no mencionada arriba?	Si No
27. ¿Mantiene Ud. o alguna de las personas por incluirse en el Seguro solicitado, en esta u otra Compañía, un Seguro de Salud?	Si No

De ser positiva alguna de sus respuestas, explique:

Pregunta	Nombre completo del asegurado propuesto:	Condición, enfermedad o lesión:
Desde y hasta:	Nombre y teléfono del médico:	
Tratamiento	Resultados del tratamiento:	
Estado actual de la condición, enfermedad o lesión (Aún en tratamiento, resulto o controlada):		

Pregunta	Nombre completo del asegurado propuesto:	Condición, enfermedad o lesión:
Desde y hasta:	Nombre y teléfono del médico:	
Tratamiento	Resultados del tratamiento:	
Estado actual de la condición, enfermedad o lesión (Aún en tratamiento, resulto o controlada):		

Pregunta	Nombre completo del asegurado propuesto:	Condición, enfermedad o lesión:
Desde y hasta:	Nombre y teléfono del médico:	
Tratamiento	Resultados del tratamiento:	
Estado actual de la condición, enfermedad o lesión (Aún en tratamiento, resulto o controlada):		

DATOS BANCARIOS PARA PAGOS AL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

En caso que la Empresa de Seguros deba efectuar un pago al propuesto Asegurado Titular de la Póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del propuesto Asegurado Titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el propuesto Asegurado Titular haya suministrado previamente a la Empresa de Seguros. Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta

Datos del Intermediario de Seguros

Apellidos y Nombres:	Cédula de Identidad:	Código:

Firma

DECLARACIÓN

Yo, el propuesto Asegurado Titular declaro que he leído cuidadosa y totalmente, una a una, todas las preguntas formuladas, y doy fe que la información y respuestas por mi proporcionadas, son verdaderas, completas y exactas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna que pueda modificar la opinión de La Internacional de Seguros, S.A., en cuanto a la aceptación del riesgo a correr por el seguro solicitado. Declaro conocer las Condiciones Generales y Particulares, Anexos de contratación, así como los límites de cobertura presentes en esta póliza a emitir.

"Yo, el Propuesto Asegurado , titular de la cédula de identidad N° en nombre propio y de los beneficiarios autoriza al Médico tratante y a la Institución Hospitalaria a suministrar a LA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. , todos los datos e información que se requiera para la verificación de la información aquí suministrada, así como acerca del estado físico de salud, Historia Médica Única y/o del evento médico que originen alguna la reclamación, relevándose de guardar el Secreto Médico. "Cláusula N° 8 Ord. 7 de las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Salud Individual"

Cualquier falsedad o reticencia de mala fé anula automáticamente esta póliza, según el Art. 27 de las Normas que Regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora.

"Yo, , titular de la cédula de identidad N° en mi carácter de TOMADOR, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ílicitas o que provengan de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana".

INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

Tiene usted u otra persona a incluir en la póliza la posición de Persona Expuesta Políticamente (PEP), o tiene algún parentesco con una persona expuesta Políticamente (PEP), en caso de ser afirmativo indique su respuesta:

Lugar y Fecha:

Firma Propuesto Asegurado Titular
C.I.:
Rif.:

Huella Dactilar
Pulgar Derecho

Firma Tomador
C.I.:
Rif.:

Huella Dactilar
Pulgar Derecho