



COMPANÍA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA – MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACION Y FINANZAS 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 HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

Tipo de Póliza		Individual <input type="checkbox"/>					Colectivo <input type="checkbox"/>				
Fecha de Solicitud / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A	
Oficina		N° Certificado	Emisión <input type="checkbox"/>		Modificación <input type="checkbox"/>			Inclusión <input type="checkbox"/>			

A.- DATOS DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL										
1 ^{er} Apellido		2 ^{do} Apellido o de Casada			1 ^{er} Nombre			2 ^{do} Nombre		
C.I. N°/ Pasaporte		Lugar y Fecha de Nacimiento			Edad		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil	
Profesión u Ocupación		Actividad Económica, Comercial o Profesional. Especifique Ramo					Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/>		Empleado <input type="checkbox"/>	
Socio <input type="checkbox"/>										
Dirección de Habitación										
Estado		Ciudad		Municipio			E-mail			
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 / /		Registro Mercantil			Tomo			N°			
N° R.I.F.		Actividad Económica. Especifique Ramo					Ingreso Promedio Mensual (Bs)				
Representante Actual											
Dirección de Cobro											
Estado		Ciudad			Municipio			Zona Postal			
Teléfono Oficina		Teléfono Celular			Fax			E-mail			

B.- DATOS DEL REPRESENTANTE DEL TOMADOR – PERSONA JURÍDICA

1 ^{er} Apellido		2 ^{do} Apellido o de Casada			1 ^{er} Nombre			2 ^{do} Nombre		
C.I. N°/ Pasaporte		Lugar y Fecha de Nacimiento			Edad		Estado Civil		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Empleado <input type="checkbox"/>		Socio <input type="checkbox"/>								
Profesión u Ocupación/Actividad Económica, Comercial o Profesional. Especifique Ramo					Dirección de Habitación					
Dirección de Oficina										
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular			Ingreso Promedio Anual (Bs)			

C.- DATOS DEL ASEGURADO TITULAR								
1 ^{er} Apellido		2 ^{do} Apellido o de Casada		1 ^{er} Nombre		2 ^{do} Nombre		
C.I. N°/ Pasaporte		Lugar y Fecha de Nacimiento		Edad		Estado Civil		
Estatura (Mt)	Peso (Kg)	Profesión		Actividad Económica, Comercial o Profesional. Especifique Ramo				
Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>			Ingreso Anual Bs.		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación								
Estado			Ciudad			Municipio		
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 <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> 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								
8								
F.- COBERTURAS SOLICITADAS								
Hospitalización, Cirugía y Maternidad								
Suma Asegurada a Contratar Bs.			Deducible Bs.			Suma Asegurada de Maternidad (Opcional) Bs.		
Forma de Pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/>								
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) Asma, alergias, enfisema, bronquitis, sinusitis, otras afecciones del sistema respiratorio o de oídos, nariz y garganta.		
b) Tensión arterial alta, angina de pecho, várices, infarto del miocardio u otras afecciones del corazón o del sistema circulatorio. Aneurisma.		
c) Cefaleas, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis u otra afección del cerebro o del sistema nervioso. Trastornos Inmunológicos.		
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) Trastornos endocrinos: tiroideos, diabetes. Trastornos del crecimiento y desarrollo		
f) Afección de riñones, vejiga, próstata. Alteraciones menstruales u otras afecciones ginecológicas, patologías mamarias.		
g) Afecciones de los músculos, huesos o articulaciones, torceduras, dislocación, fractura, artritis, gota, hernias.		
h) Defectos físicos, mutilación, accidentes, invalidez física. Trastornos psíquicos y/o somáticos.		
i) Afecciones de la piel, alergias, patologías oculares		
j) Alcoholismo, fármacodependencia/ drogadicción. Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad.		

2.- Para la mujer: ¿Esta usted embarazada?
 N° de Cesáreas _____ N° de Abortos: _____

3.- Adicionalmente a las enfermedades mencionadas anteriormente, alguna de las personas indicadas en esta solicitud, en los últimos cinco 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 diagnostico, 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 mas preguntas, por favor dar detalles completos.

No. del Asegurado	No. de la Pregunta	Diagnóstico	Tratamiento o Intervención practicada	Fecha	Resultado	Médicos

I.- OTROS SEGUROS VIGENTES SOBRE LOS MISMOS RIESGOS

Empresa de Seguros	Monto Asegurado Bs.	N° de Póliza	Vigencia

Yo, _____, C.I. _____, **Propuesto Asegurado** 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 Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

Ciudad y Fecha

Firma del Tomador



Firma del Asegurado Titular



Nombre del Intermediario de Seguros

Firma del Intermediario de Seguros

Código

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

Plan:	<input type="text"/>	Clase de Riesgo:	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>	Filial:	<input type="text"/>
Fecha Ingreso a la Empresa:	<input type="text"/>	Código Empleado:	<input type="text"/>