



## Solicitud de Seguro Póliza Renta Diaria por Hospitalización

N° Solicitud

Emisión 

Inclusión

Exclusión 

### Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____	Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>	_____	
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____	
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____	

Tomador Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____			
	Siglas o Nombre Comercial: _____	Tipo de Persona: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>		
	Fecha Constitución: ____ / ____ / ____	Patrimonio: _____	N° Registro: _____	Tomo: _____
	Actividad Económica: Industrial Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____			
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____	
	Actividad Comercial: _____			
	Dirección de Oficina: _____			
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____		
	Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____		

Propuesto Asegurado:	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____	Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>	_____	
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____	
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____	

### Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m	Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____	Frecuencia de Pago	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 n	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____	

**Coberturas**Beneficio Diario por Hospitalización  Doble Beneficio  Cuidados al Convaleciente  Beneficio Diario: \_\_\_\_\_**Personas a incluir en la póliza**

Apellidos y Nombre	Parentesco con el Asegurado Titular	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación

**Beneficiarios en caso de Muerte del Asegurado Titular**

Apellidos y Nombre	Parentesco con el Asegurado Titular	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Participac.	Teléfono Contacto

**Si posee otro(s) contrato(s) de seguro con cobertura de Renta Diaria por Hospitalización, responda las siguientes preguntas**

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Vigencia	
			Desde: / /	Hasta: / /
			Desde: / /	Hasta: / /

**Declaración de Salud**

Yo, como propuesto ASEGURADO TITULAR declaro que:

- Tanto yo como las personas a incluir en esta Póliza nos encontramos en buen estado de salud y mi habilidad física o funcional y la de las personas a incluir no se encuentran reducidas, ni nos encontramos actualmente en tratamiento médico y tengo conocimiento de que hasta ahora no lo requerimos.
- Ni yo ni las personas a incluir en esta póliza padecemos ni hemos padecido de: Cáncer, HIV-SIDA, Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial, Cirrosis, Hepatitis B, Diabetes, Enfermedad o Defectos congénitos, Cardiovasculares, Neurológicos, Psiquiátricos, Pulmonares u otras condiciones que afecten mi estado de salud actual.
- En los últimos dos (2) años, ni yo ni las personas a incluir en esta póliza no hemos sido sometido, ni nos han sido programados tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades como las enunciadas anteriormente o similares o de dolencias directamente relacionadas con ella, en forma causal o consecencial.
- No tenemos adicciones al consumo de alcohol, drogas, sustancias estupefacientes ni psicotrópicas.
- Mis actividades y ocupaciones así como el de las personas a incluir en esta póliza son lícitas y las ejercemos dentro de los marcos
- No he omitido ni disimulado ningún hecho, ni circunstancia en las presentes declaraciones que puedan modificar la opinión de El ASEGURADOR sobre el seguro solicitado.

Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presentes o que pueda (podamos) padecer, estado físico e historia clínica .

Apellidos y Nombres del Propuesto ASEGURADO TITULAR	N° Cédula del Propuesto ASEGURADO TITULAR	Firma del Propuesto ASEGURADO TITULAR	<b>Huella</b>	Pulgar del Propuesto ASEGURADO TITULAR
Fecha: / /				

**Declaración de EL TOMADOR**

Como Tomador, 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 las 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, en la Actividad Aseguradora.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y EL ASEGURADOR estará obligada a entregar una copia a EL TOMADOR al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Recibo de la Póliza y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

<b>Firmas</b>	Intermediario de Seguro:	Por el Tomador / Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	<b>Huella</b>	Pulgar del Tomador
	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /		