

# Solicitud de Seguro

## Póliza de Seguro Colectivo Salud Banesco

Cobertura	
Modalidad A. Año-Enfermedad	<input type="checkbox"/>
Modalidad B. Por Año	<input type="checkbox"/>

I. DATOS DE LA SOLICITUD				
Póliza Nro:		Fecha de Solicitud:		Número de Solicitud:
Fecha de Vigencia: Desde: Hasta:		Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Modificación		Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica
II. DATOS DEL TOMADOR				
Datos de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona Natural / <input type="checkbox"/> Representante Legal				
Carácter en que contrata: <input type="checkbox"/> Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Cuenta Ajena		Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:
Identificación (C.I. o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:				Segundo Apellido:
RIF:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento:			
Actividad económica: <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Comerciante Área o Ramo:		Profesión:	Oficio (ocupación):	Declaración I.S.L.R.: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:
Relación laboral con Organización Sin Fines de Lucro (OSFL): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Ingreso Anual (Moneda _____) (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV)		
Indique cargo:		<input type="checkbox"/> menos de 5.000 <input type="checkbox"/> 5.001 a 15.000 <input type="checkbox"/> 15.001 a 30.000 <input type="checkbox"/> más de 30.001		
Datos de Identificación: Persona Jurídica (sólo si aplica)				
Razón Social:			N° RIF:	
Es Organización Sin Fines de Lucro (OSFL) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tipo de Empresa <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública	Ingreso Anual (Moneda _____) (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV)	
Especifique:		<input type="checkbox"/> menos de 15.000 <input type="checkbox"/> 15.001 a 45.000 <input type="checkbox"/> 45.001 a 90.000 <input type="checkbox"/> más de 90.001		
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional		Productos o Servicios que ofrece:		
Nombre del Registro	Circunscripción Judicial:		Registro Mercantil / Registro Público	
			Tomo	Número
				Fecha
Capital Suscrito (Moneda _____).		Patrimonio en USD:		
Capital Pagado (Moneda _____).		<input type="checkbox"/> menos de 45.000 <input type="checkbox"/> 45.001 a 90.000 <input type="checkbox"/> 90.001 a 140.000 <input type="checkbox"/> más de 140.001		
Declaración ISLR: : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:				
Persona expuesta políticamente (PEP): <input type="checkbox"/> Es (PEP) <input type="checkbox"/> Tiene parentesco con (PEP) <input type="checkbox"/> Es asociado cercano de (PEP)				
Cargo:	Ente:	País:	Identificación del relacionado:	
Dirección del Representante Legal				
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:		Zona Postal:	E-mail:	
Telf. Número:		Telf. Celular Número:	Cuenta de Red Social (Especifique):	
Dirección del Tomador				
Nombre de la empresa del Tomador:			Telf. Número:	
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:		Zona Postal:	E-mail:	
Dirección de Cobro: <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Tomador				

III. DATOS DEL SOLICITANTE COMO PROPUESTO ASEGURADO								
Identificación (C.I. o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:		Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:			
RIF:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:				
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento:							
Actividad económica: <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Comerciante Área o Ramo:			Profesión:	Oficio (ocupación):	Declaración I.S.L.R.: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:			
Relación laboral con Organización Sin Fines de Lucro (OSFL): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique cargo:			Ingreso Anual (Moneda _____) (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV) <input type="checkbox"/> menos de 5.000 <input type="checkbox"/> 5.001 a 15.000 <input type="checkbox"/> 15.001 a 30.000 <input type="checkbox"/> más de 30.001					
Persona expuesta políticamente (PEP): <input type="checkbox"/> Es (PEP) <input type="checkbox"/> Tiene parentesco con (PEP) <input type="checkbox"/> Es asociado cercano de (PEP)								
Cargo:	Ente:	País:	Identificación del relacionado:					
Dirección del Propuesto Asegurado								
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:					
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:				
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:		Zona Postal:	E-mail:					
Telf. Número:	Telf. Celular Número:		Cuenta de Red Social (Especifique)					
IV. GRUPO A ASEGURAR								
N°	Nombre(s) y Apellido(s)		Nacionalidad	Nro. C.I:	Parentesco	Edo. Civil	F. de Nac.	Sexo
1			<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		Titular			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
2			<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
3			<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
4			<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
5			<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
6			<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
N°	Estatura (mts)	Peso (Kg.)	Ocupación			Cobertura de Maternidad		
1						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
2						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
3						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
4						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
5						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
6						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
V. COBERTURAS SOLICITADAS								
Plan:								
El Tomador no está obligado a tomar las coberturas opcionales aquí señaladas (tiene la facultad de escoger libremente las coberturas que desee)								
Coberturas	Suma Asegurada (Moneda _____)	Deducible (Moneda _____)	Coberturas	Suma Asegurada (Moneda _____)	Deducible (Moneda _____)			
<input type="checkbox"/> Hospitalización y Cirugía Básica			<input type="checkbox"/> Covid-19					
<input type="checkbox"/> Hospitalización y Cirugía Exceso			<input type="checkbox"/> Básica para la Entrega de Medicamentos					
<input type="checkbox"/> Maternidad			<input type="checkbox"/> Servicio de Entrega de Medicamentos					
<input type="checkbox"/> Atención Primaria de Salud			<input type="checkbox"/> Asistencias Médica Domiciliaria					

Coberturas	Suma Asegurada (Moneda _____)	Deducible (Moneda _____)	Coberturas	Suma Asegurada (Moneda _____)	Deducible (Moneda _____)		
<input type="checkbox"/> Básica para la Atención Primaria de Salud			<input type="checkbox"/> Servicio de Atención Médica Domiciliaria				
<input type="checkbox"/> Servicio Odontológico			<input type="checkbox"/> Indemnización Diaria por Hospitalización				
<input type="checkbox"/> Servicio Oftalmológico			<input type="checkbox"/> Cáncer				
<b>Declaración de Salud</b>							
<b>Para cada persona a ser incluida en la póliza, favor responder lo siguiente:</b>							
A. ¿Mantiene en otra compañía un Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
B. ¿Se ha practicado alguna intervención quirúrgica o tiene prevista alguna?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
C. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad transitoria o crónica, defecto físico ?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
D. ¿Se encuentra alguna de las solicitantes embarazadas?				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Explique</b>							
Nro. Aseg.	Pregt.	Padecimiento	Tipo Tratamiento	Fecha	Médico Tratante	Clínica	Fecha último chequeo médico
<b>Observaciones:</b>							
<b>Frecuencia de Pago</b>							
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual							
<b>VI. AVISO</b>							
Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionadas en esta solicitud entre la fecha de firma del TOMADOR y la fecha de emisión de la Póliza, o durante la vigencia de la Póliza, debe ser participada al ASEGURADOR. En tales casos, el ASEGURADOR se reserva el derecho a rechazar la solicitud o a anular el Contrato, o de aplicar una Tarifa modificada de acuerdo con el nuevo concepto que el ASEGURADOR se formará del riesgo, de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Póliza.							
<b>VII. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES</b>							
Yo, el Tomador y Solicitante como Propuesto Asegurado :							
A. Doy fe que estoy enterado de las Exclusiones y Plazos de Espera y demás condiciones de la Póliza.							
B. Hago constar que he leído todas las preguntas y respuestas consignadas en la presente solicitud y que la información que doy en este documento es verdadera, completa y que conozco que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para evaluar el riesgo y fijar la prima.							
C. Conozco que en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad del Asegurador por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.							
D. Conozco que tengo la facultad de escoger las coberturas que deseo y no estoy obligado a tomarlas todas y cada una de ellas.							
E. Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me (nos) han atendido para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades, estado físico e historia clínica, y a la vez, mediante este acto, los relevo de guardar el secreto médico y de la historia clínica.							
F. Doy fe 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 o acciones derivadas de operaciones ilícitas o que provengan de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.							

VII. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES (Continuación)			
Lugar y Fecha	Firma del Tomador	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Tomador, en su defecto, el izquierdo
	Firma del Propuesto Asegurado	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Propuesto Asegurado, en su defecto, el izquierdo
VIII. PRODUCTORES			
Nombre y Apellido	Código	% de Participación	Firma
PARA USO DE LA COMPAÑÍA: <input type="checkbox"/> Información Completa <input type="checkbox"/> Información Incompleta			
Emisión: autorizado por:		Con Vigencia:	
Observaciones:		Firma del médico:	