

Solicitud de Seguro

Póliza de Seguro Colectivo Salud Banesco

Cobertura	
Modalidad A. Año-Enfermedad	☐
Modalidad B. Por Año	☐

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

Solicitud de Seguro

Póliza de Seguro Colectivo Salud Banesco

Dirección de Cobro: ☐ Representante Legal ☐ Tomador							
III. DATOS DEL SOLICITANTE COMO PROPUESTO ASEGURADO							
Identificación (C.I. o Pasaporte): ☐ V ☐ E ☐ P N°:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:			
RIF:		Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo		Lugar de Nacimiento:			
Sexo: ☐ F ☐ M		Fecha de Nacimiento:		Segundo Apellido:			
Actividad económica: ☐ Societario ☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Comerciante Área o Ramo:		Profesión:		Oficio (ocupación):			
Relación laboral con Organización Sin Fines de Lucro (OSFL): ☐ Si ☐ No Indique cargo:		Declaración I.S.L.R.: ☐ Si ☐ No Monto:					
		Ingreso Anual (Moneda _____) (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV) ☐ menos de 5.000 ☐ 5.001 a 15.000 ☐ 15.001 a 30.000 ☐ más de 30.001					
Persona expuesta políticamente (PEP): ☐ Es (PEP) ☐ Tiene parentesco con (PEP) ☐ Es asociado cercano de (PEP)							
Cargo:		Ente:		País:			
				Identificación del relacionado:			
Dirección del Propuesto Asegurado							
País:		Estado:		Ciudad:			
Urbanización:							
☐ Av. ☐ Calle ☐ Transversal Nro:		☐ Casa ☐ Quinta ☐ Local ☐ CC ☐ Torre Nro:		☐ Piso ☐ Nivel Nro:			
☐ Ofc. ☐ Apto. Nro:		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		☐ V ☐ E					☐ F ☐ M
2		☐ V ☐ E					☐ F ☐ M
3		☐ V ☐ E					☐ F ☐ M
4		☐ V ☐ E					☐ F ☐ M
5		☐ V ☐ E					☐ F ☐ M
6		☐ V ☐ E					☐ F ☐ M
N°	Estatura (mts)	Peso (Kg.)	Ocupación	Cobertura de Maternidad			
1				☐ Si ☐ No			
2				☐ Si ☐ No			
3				☐ Si ☐ No			
4				☐ Si ☐ No			
5				☐ Si ☐ No			
6				☐ Si ☐ 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 _____)		
☐ Hospitalización y Cirugía Básica			☐ Covid-19				
☐ Hospitalización y Cirugía Exceso			☐ Básica para la Entrega de Medicamentos				

Solicitud de Seguro

Póliza de Seguro Colectivo Salud Banesco

☐ Maternidad			☐ Servicio de Entrega de Medicamentos		
☐ Atención Primaria de Salud			☐ Asistencia Médica Domiciliaria		

Coberturas	Suma Asegurada (Moneda _____)	Deducible (Moneda _____)	Coberturas	Suma Asegurada (Moneda _____)	Deducible (Moneda _____)
☐ Básica para la Atención Primaria de Salud			☐ Servicio de Atención Médica Domiciliaria		
☐ Servicio Odontológico			☐ Indemnización Diaria por Hospitalización		
☐ Servicio Oftalmológico			☐ Cáncer		

Declaración de Salud

Para cada persona a ser Incluida en la póliza, favor responder lo siguiente:

A. ¿Mantiene en otra compañía un Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad?	☐ Si ☐ No
B. ¿Se ha practicado alguna intervención quirúrgica o tiene prevista alguna?	☐ Si ☐ No
C. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad transitoria o crónica, defecto físico?	☐ Si ☐ No
D. ¿Se encuentra alguna de las solicitantes embarazadas?	☐ Si ☐ No

Explique

Nro. Aseg.	Pregt.	Padecimiento	Tipo Tratamiento	Fecha	Médico Tratante	Clínica	Fecha último chequeo médico

Observaciones:

Frecuencia de Pago

☐ Mensual ☐ Bimensual ☐ Trimestral ☐ Cuatrimestral ☐ Semestral ☐ Anual

VI. AVISO

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.

VII. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

Solicitud de Seguro

Póliza de Seguro Colectivo Salud Banesco

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	Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Tomador, en su defecto el Izquierdo
	Firma del Propuesto Asegurado	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: ☐ Información Completa ☐ Información Incompleta

Emisión: autorizado por:		Con Vigencia:	
Observaciones:		Firma del médico:	