



SEGUROS ALTAMIRA, C.A.
 INSCRITO EN EL MINISTERIO DE FINANZAS BAJO EL No. 107
 R.I.F. No. J-300052236-9
 CAPITAL PAGADO 1.000.000.000,00

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

Fecha de la Solicitud			Fecha de la Vigencia				Intermediario	Código	Fecha de Recibido
Día	Mes	Año	Desde		Hasta				
DATOS DEL TOMADOR									
Nombre y Apellido o Razón Social:							Nº de Cédula de Identidad o R.I.F. o Pasaporte:		
Dirección de Oficina:							Teléfono(s):		E-mail:
Ocupación y/o Índole:					Capacidad Económica y/o Ingreso:			Fax:	
DATOS DE EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR									
Nombres y Apellidos:							Nº de Cédula de Identidad:		
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:			Nacionalidad:		Sexo:	Estado Civil:	
							F M	C S D O	
Profesión u Ocupación:					Estatura:		Peso:		
Dirección:							Teléfono(s):		E-mail:
Capacidad Económica y/o Ingreso:			Dirección de Cobro:				Teléfono(s):		
DATOS DEL SEGURO DE SALUD SOLICITADO									
Cobertura (Básica)					Suma Asegurada			Deducible	
Hospitalización, Cirugía y Maternidad:									
Coberturas Opcionales									
Anexo de Gastos por Muerte:									

PERSONAS ASEGURABLES

Mediante la presente opción, el Asegurado podrá incluir en el amparo de su Póliza a su Cónyuge, sus Padres y/o los Padres de su Cónyuge, que sean dependientes económicamente de el Asegurado (los mayores de 21 años deberán presentar constancia de Estudios a Nivel Superior).

Familiar Nro.	Nombres y Apellidos	Parentesco con el Asegurado	Nº de C.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo		Peso (Kgs.)	Estatura (Cms)
					F	M		
1								
2								
3								
4								
5								
6								

DECLARACIÓN DE SALUD (Preguntas)

¿Usted o alguno de sus Familiares a Asegurar padece o ha padecido, está bajo tratamiento o ha sido informado que padece de alguna de las siguientes enfermedades o Desórdenes?

1.- ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del Sistema Respiratorio? SI NO	8.- ¿Alguna enfermedad o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta? SI NO
2.- ¿Dolores de Pecho, hipertensión arterial, fiebre Reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos u otras enfermedades o desórdenes del Corazón o del Sistema Circulatorio? SI NO	9.- ¿Alguna enfermedad o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones? SI NO
3.- ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas, u otras enfermedades o desórdenes del Cerebro o del Sistema Nervioso o Trastornos mentales? SI NO	10.- ¿Ha sido objeto de diagnóstico o tratamiento por un médico como afectado por el síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o complejo relacionado con el SIDA? SI NO
4.- ¿Albúmina o sangre en la orina, u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata, o enfermedades venéreas? SI NO	11.- ¿Está o recientemente fue reclusa en alguna Institución Médica, o padece de deformaciones o mutilaciones? SI NO
5.- ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos, quistes, tumores o cáncer? SI NO	12.- ¿Alguna enfermedad o desorden de los órganos reproductivos? SI NO
6.- ¿Alergias, anemias u otros desórdenes sanguíneos? SI NO	13.- ¿Diabetes, tiroides y otro trastorno endocrino? SI NO
7.- ¿Ictericia, hemorragia Intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, ingestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, o vesícula biliar? SI NO	14.- ¿ Se encuentra en estado de gestación o ha tenido abortos? SI NO

DECLARACIÓN DE SALUD (Complemento a Respuestas Afirmativas)

Si alguna de las Respuestas en el cuadro anterior de preguntas fue afirmativa, favor complementarla en el siguiente recuadro

Nombre de la Persona a Asegurar y Número de la Pregunta	Condición y Complicación (Indique si fue operado)	Fecha de Comienzo de la Afección	Nombre y Dirección de Médicos e Instituciones Médicas que le han atendido

DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS

¿Usted o alguno de sus Familiares ha usado heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica?
SI NO . En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y detalles:

¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar ha sido arrestado o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?
SI NO . En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y detalles:

¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar alguna vez ha consultado, ha estado o esta actualmente bajo observación o tratamiento, o ha sido examinado por algún médico, psiquiatra, o psicólogo? SI NO . En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y detalles:

¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar ha practicado o piensa practicar algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carreras de automóvil? SI NO . En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y detalles:

¿Alguno de sus Familiares a asegurar reside fuera de la dirección residencial declarada en esta solicitud? SI NO . En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas, motivos y dirección:

¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar fuma cigarrillos? SI NO . En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y cantidad diaria:

¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar dejó el hábito de fumar cigarrillos? SI NO . En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y cantidad diaria:

¿Usted o alguno de sus Familiares a asegurar toma bebidas alcohólicas? SI NO . En caso afirmativo, indique cuál o cuáles persona(s) y la cantidad diaria, semanal o mensual:

¿A Usted o alguno de sus Familiares a asegurar se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no ha llevado a cabo? SI NO . En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y detalles:

ANTECEDENTES MÉDICO FAMILIARES

1.- ¿Algún familiar cercano del Asegurado ha padecido, padece o padeció de Diabetes, Cáncer, Hipertensión Arterial, Enfermedad Cardíaca, Renal o Mental? SI NO . Si la respuesta es afirmativa indique la información complementaria en el próximo recuadro

Parentesco	Edad, si vive	Detalles de la afirmación en la pregunta N° 1	Si falleció, indicar causa y edad al fallecer
Padre			
Madre			
Hermano 1			
Hermano 2			
Hermano 3			

2.- Si mediante la presente, se solicita seguro para el Cónyuge del Solicitante, responder: ¿Algún familiar cercano del Cónyuge ha padecido, padece o padeció de Diabetes, Cáncer, Hipertensión Arterial, Enfermedad Cardíaca, Renal o Mental? SI NO . Si la respuesta es afirmativa indique la información complementaria respecto del Cónyuge en el próximo recuadro:

Parentesco	Edad, si vive	Detalles de la afirmación en la pregunta N° 1	Si falleció, indicar causa y edad al fallecer
Padre			
Madre			
Hermano 1			
Hermano 2			
Hermano 3			

OTROS DATOS NECESARIOS

¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Vida? SI NO . En caso afirmativo, indique la(s) personas, la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y los Capitales Asegurados:

¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Salud? SI NO . En caso afirmativo, indique la(s) personas, la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y los Capitales Asegurados:

¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada alguna Solicitud de Seguro de Vida o de Salud? SI NO . En caso afirmativo, de detalles:

¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada una Reclamación de Indemnización por Seguro de Salud? SI NO . En caso afirmativo, de detalles:

OTROS SEGUROS DE SALUD

Favor indicar que otras Pólizas de Seguro mantiene usted vigentes con Seguros Altamira u otra(s) Compañía(s) de Seguros

Compañía	N° de Póliza	Suma Asegurada

Observaciones:

Yo el Propuesto Asegurado Titular declaro formalmente, mediante la firma de esta solicitud, la cual formara parte integrante de la Póliza de ser emitida que la información que doy en este documento es verídica y que no he suprimido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad el riesgo con el fin de influenciar a **LA COMPAÑÍA** para que suscriba la Póliza.

Esta Solicitud no implica compromiso alguno de aceptación del riesgo por parte de **LA COMPAÑÍA** ni obliga a ésta a emitir la Póliza solicitada a menos que antes hubiere hecho una proposición; no obstante, si dicha Póliza fuese emitida esta solicitud servirá como base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

DECLARACION DE FE DEL TOMADOR: Declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza a suscribir, 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 a que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias, Estupefacientes y Psicotrópicas.

INTERMEDIARIO

EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

TOMADOR

Dirección de la Sede de **SEGUROS ALTAMIRA, C.A.:** Avenida Libertador con calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador, pisos 1, 2, 3 y PH-1, Urb. La Florida, Caracas. Distrito Capital.