



**LA INTERNACIONAL  
DE SEGUROS**

RIF: J-00338202-7

Inscrita en la SUDEASEG bajo el número 100

# SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE PERSONAS H.C.M.

Individual

Colectivo

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR

### PERSONA NATURAL

C. I. / Pasaporte:	Rif:	Nacionalidad:	Sexo:	F	M
Apellidos:		Nombres:			
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	Soltero	Casado	Divorciado
Profesión u Oficio:		Actividad Económica:			
Ingreso Mensual en Unidad Tributaria:	0 - 166	167 - 333	334 - 666	Más de 666	

### PERSONA JURÍDICA

Tipo de Persona:	Pública	Privada	Rif:
Razón Social:		Nombre Comercial:	
Fecha Constitución:	Registro Mercantil:	Nº Registro:	Nº Tomo:
Actividad Económica:	Profesional	Comercial	Industrial
Productos o Servicios que ofrece:			
Representante Legal (Nombres Apellidos):			C.I.

### DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (PERSONA NATURAL) / DIRECCIÓN DE EMPRESA (PERSONA JURÍDICA)

País:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Urbanización:
Av./Calle/Transversal:	Edificio/Local/Casa:	Piso:
Tlf. Hab:	Tlf. Móvil:	Zona Postal:
E-Mail:		

## DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO

## ASEGURADO IGUAL A TOMADOR

### PERSONA NATURAL

C. I. / Pasaporte:	Rif:	Nacionalidad:	Sexo:	F	M
Apellidos:		Nombres:			
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	Soltero	Casado	Divorciado
Profesión u Oficio:		Actividad Económica:		Fecha de Ingreso:	
Ingreso Mensual en Unidad Tributaria:	0 - 166	167 - 333	334 - 666	Más de 666	

### DATOS DEL CONYUGE

Apellidos y Nombres:		C.I.
Fecha de Nacimiento:	Ocupación:	E-Mail:

### PERSONA JURÍDICA

Tipo de Persona:	Pública	Privada	Rif:
Razón Social:		Nombre Comercial:	
Fecha Constitución:	Registro Mercantil:	Nº Registro:	Nº Tomo:
Actividad Económica:	Profesional	Comercial	Industrial
Productos o Servicios que ofrece:			
Representante Legal (Nombres Apellidos):			C.I.

### DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (PERSONA NATURAL) / DIRECCIÓN DE EMPRESA (PERSONA JURÍDICA)

País:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Urbanización:
Av./Calle/Transversal:	Edificio/Local/Casa:	Piso:
Tlf. Hab:	Tlf. Móvil:	Zona Postal:
E-mail:		

**DEPENDIENTES DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (PERSONAS A ASEGURAR)**

Nº	Apellidos y Nombres	Fecha de Nac.	Nº C.I.	Peso Kg.	Estatura	Sexo	Parentesco	Actividad Deportiva	Maternidad
Titular									
2									
3									
4									
5									
6									

PLAN:

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	Deducible

**BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL TITULAR**

Nº	Apellidos y Nombres	C.I.	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Peso	Estatura	Ocupación	% Distribución

**DECLARACIÓN DE SALUD (DEBE SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO TITULAR)**

Complete la siguiente declaración de salud marcando con una (x) en cada una de las preguntas basándose en el estado de salud del grupo familiar. Cualquier declaración falsa anula automáticamente esta póliza, según el Art. 123 de la ley de Contrato de Seguros		Nº Asegurado				
		Titular	2	3	4	5
1. ¿Gozan de buena salud?	Si No					
2. ¿Ud. u otra persona a incluir tiene planeado un tratamiento médico o intervención quirúrgica y/o ha(n) consultado un médico o se ha(n) realizados estudios especiales de diagnóstico que no ha(n) sido completado(s) o está (n) a la espera del resultado de los mismos?	Si No					
3. ¿Ha presentado Ud. u otra persona a incluir un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad?	Si No					
4. ¿Alguna de las personas a ser incluidas fuma, consume alcohol, tabaco, o cualquier otra droga adictiva (cafeína, heroína, cocaína, marihuana)?	Si No					
5. ¿Ha tenido Ud. u otra persona a incluir algún cambio de peso?	Si No					
6. ¿Ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos dos (2) años?	Si No					
7. ¿Ha sido paciente de algún Institución Hospitalaria (pública o privada) en alguna oportunidad?	Si No					
8. ¿Ha sido Ud. u otra persona a incluir, intervenido quirúrgicamente en alguna oportunidad?	Si No					
9. ¿Practica Ud. o alguna otra persona a incluir algún deporte o actividad peligrosa que atente contra su integridad física (submarinismo, carreras motorizadas, alpinismo, paracaidismo, vuelo en Ícaro, espeleología o cualquier otro deporte peligroso)?	Si No					

Sufrir o han sufrido alguna vez Ud. u otra persona a incluir en la póliza de:							
10. ¿Insuficiencia renal, afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, SIDA, epilepsia, cáncer, afección reumática, esquizofrenia o trastornos mentales?	Si No						
11. ¿Enfermedades respiratorias o síntomas asociados como ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía, neumonía, bronconeumonía u otras similares o relacionadas?	Si No						
12. ¿Enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, infarto al miocardio, arritmia cardíaca, aneurisma, angina de pecho, fiebre reumática, arteriosclerosis, trastornos valvulares, tromboflebitis, várices u otras similares o relacionadas?	Si No						
13. ¿Enfermedades genito – urinarias u otras afecciones como albuminuria, hematuria, piuria, infecciones en la orina, cálculos u otra alteración de los riñones, vejiga, varicocele, parafimosis u otras similares o relacionadas?	Si No						
14. ¿Enfermedades venéreas, infecciosas, o parasitarias: paludismo, chagas, hepatitis, meningitis, amibiasis, bilharsiasis u otras similares o relacionadas?	Si No						
15. ¿Enfermedades de la Mujer incluyendo síntomas relacionados como sangramiento genital, fibroma uterino, prolapso genital, incontinencia urinaria, afecciones en las trompas y ovarios, adenomas benignos de la mama, osteoporosis, enfermedades inflamatorias pélvicas, pólipos endometriales u otras similares o relacionadas?	Si No						
16. ¿Enfermedades osteomusculares: Neuritis, ciática, gota, reumatismo, hernias discales, artritis, desviación de la columna vertebral, problemas en las articulaciones, trastorno de los ligamentos de las rodillas y de los meniscos u otras similares o relacionadas?	Si No						
17. Enfermedades del sistema endocrino: Diabetes, obesidad, bocio, enfermedades de la hipófisis, tiroides u otras similares o relacionadas.	Si No						
18. Trastornos de la sangre, tumores, excrecencia, cáncer.	Si No						
19. Enfermedades del sistema nervioso, epilepsia, parálisis, retardo mental, mareos, ganglios linfáticos, quistes, tumores benignos, cáncer o ha tenido síntomas de convulsiones, mareos, vértigos u otras similares o relacionadas.	Si No						
20. Defecto físico, anomalía o enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico y somático u otras similares o relacionadas.	Si No						
21. ¿Problema óseo o de las articulaciones, reumatismo, o alguna deformidad o de la pérdida de algún miembro?	Si No						
22. ¿Pérdida transitoria o no transitoria de algún movimiento?	Si No						
23. ¿Anomalía de la vista o auditiva?	Si No						
24. ¿Ha sufrido o está sufriendo de alguna enfermedad o padecimiento, no mencionado en las preguntas anteriores?	Si No						
25. ¿Tiene (n) prevista alguna intervención quirúrgica, tratamiento médico en los próximos seis (6) meses?	Si No						
26. ¿Ha tenido alguna alteración en la menstruación, en algún embarazo, en los senos u otro órgano femenino?	Si No						
27. ¿Alguna de las mujeres a ser incluida está embarazada?	Si No						
28. ¿Mantiene Ud. o alguna de las personas por incluirse en el Seguro solicitado, en esta u otra Compañía, un Seguro de Salud?	Si No						
En caso de ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, explique en detalle: nombre de la persona, fecha, tipo de tratamiento o intervención efectuada, médico tratante y anexar informe médico y resultados de exámenes:							

## DATOS BANCARIOS PARA PAGOS AL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

En caso que la Empresa de Seguros deba efectuar un pago al propuesto Asegurado Titular de la Póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del propuesto Asegurado Titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el propuesto Asegurado Titular haya suministrado previamente a la Empresa de Seguros.

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta

## DECLARACIÓN

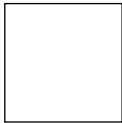
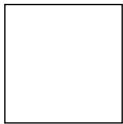

Declaro que he leído cuidadosa y totalmente, una a una, todas las preguntas formuladas, y doy fe que la información y respuestas por mí proporcionadas, son verdaderas, completas y exactas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna que pueda modificar la opinión de La Internacional de Seguros, S.A., en cuanto a la aceptación del riesgo a correr por el seguro solicitado.

Declaro conocer las Condiciones Generales y Particulares, Anexos de contratación, así como los límites de cobertura presentes en la póliza a emitir.

Autorizo a las empresas e instituciones para suministrar a La Internacional de Seguros, S.A. todos los datos que se requieran para la verificación de la información aquí suministrada, así como proporcionar información a terceros, para fines de evaluación del riesgo.

Yo, El Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza cuya suscripción en este acto solicito, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, títulos o beneficios derivados de actividades ilícitas tipificadas en la legislación venezolana.

Lugar y Fecha:

_____ Firma Asegurado Titular C.I.: Rif.:	_____ Firma Tomador C.I.: Rif.:	_____ Firma Intermediario C.I.: Código:
 Huella dactilar	 Huella dactilar	 Huella dactilar