

**Seguros Caroní, c.a.**Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el Nro.110
R.I.F. J-30081400-9**SOLICITUD DE SEGUROS
SALUD CARONI
INDIVIDUAL**

CODIGO: FO-PER-01

VIGENCIA

N° REV.

27/05/04

0

PÁGINA: 1/3

I. DATOS DEL PROPUESTO TOMADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CÉDULA O RIF:	INGRESOS ANUALES:
DIRECCIÓN DE COBRO:	TELÉFONO:	CÓDIGO POSTAL:
Emisión: <input type="checkbox"/>		Modificación: <input type="checkbox"/>

II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

APELLIDOS:			NOMBRES:			
CEDULA DE IDENTIDAD	V <input type="checkbox"/>		SEXO:	ESTADO CIVIL	FECHA DE NAC.	EDAD
	E <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>		
LUGAR DE NACIMIENTO				OCUPACIÓN / ACTIVIDAD		
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN						

III. PERSONAS ASEGURABLES

APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NAC. D / M / A	SEXO	C.I. N°	PARENTESCO	PRIMA
				TITULAR	

IV. COBERTURAS BÁSICAS

PLAN	SUMA ASEGURADA (Bs.)	% DE REEMBOLSO	DEDUCIBLE (Bs.)
BÁSICO:			
EXCESO DE GASTOS:			

V. COBERTURAS ADICIONAL

ANEXO	SUMA ASEGURADA (Bs.)	% DE REEMBOLSO	DEDUCIBLE (Bs.)
SERVICIOS DE TRIAJE			
MATERNIDAD			
SERVICIO ODONTOLÓGICO			
SERVICIO AEROAMBULANCIAS			
ENFERMEDADES DE ALTO COSTO			

VI. DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE

PADECE O HA PADECIDO DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES:		SI	NO
A.	Enfermedades del sistema digestivo (gastritis, úlceras, trastornos hepáticos, vesícula biliar, litiasis, hemorroides, páncreas, colon, recto, esófago, hernia hiatal, apendicitis, diarreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, infarto, angina de pecho, arteriosclerosis, insuficiencias coronarias o cardíacas, tromboflebitis, afecciones vasculares, fiebre reumática, soplos, hemorragias cerebrales, palpitaciones, arritmias cardíacas, trastornos de circulación, varices, flebitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	Enfermedades respiratorias (tos crónica, asma bronquial, bronquitis, tuberculosis, enfisema, insuficiencia respiratoria, neumonía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	Enfermedades de la piel, ojos, nariz, oídos, garganta (desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, amigdalitis, rinitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	Enfermedades venéreas contagiosas o infecciosas (sífilis, blenorragia u otras enfermedades de transmisión sexual, enfermedades del sistema inmunológico, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.	Trastornos endocrinos (diabetes, obesidad, hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.	Trastornos neuropsiquiátricos (epilepsia, apoplejía, hemiplejía, convulsiones, parálisis, retardo mental, psicosis, polineuritis, síndrome de Down, alcoholismo, derrame cerebral, mareos, vértigos, drogadicción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.	Trastornos renales o del sistema urinario (cálculo, próstata, uretra, riñones, vejiga, varicoceles, incontinencia urinaria, enfermedades en los órganos reproductores, sangre o albúmina en la orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I.	Trastornos en la sangre, tumores, cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J.	Enfermedades osteomusculares (desviación de la columna, artritis, reumatismo, hernias discales y hernias de otros, gotas, sangrados vaginales anormales, tumores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K.	Enfermedades propias de la mujer (alteraciones menstruales, fibroma, glándulas mamarias, trompas, ovarios, útero, prolapso, endometriosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.	Defectos físicos congénitos o adquiridos (trastornos del desarrollo psicossomático, dificultades motrices)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.	Enfermedades y desordenes mentales, dificultades motrices, de lenguaje y aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.	Desmayos, convulsiones, jaquecas, lesiones en la cabeza, desórdenes del cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O.	Alguna enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. INDIQUE SI USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS POR INCLUIR:

A.	¿Se ha(n) sometido alguna vez a intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	¿Ha(n) sido hospitalizado(s) o ha(n) consultado a un médico en los últimos dos (2) años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	¿Se ha(n) practicado exámenes especiales diagnóstico, radiografías, electrocardiogramas o exámenes de laboratorio en los últimos dos (2) años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	¿Ha(n) tenido accidentes, heridas, fracturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	¿Tiene(n) prevista alguna intervención quirúrgica o tratamiento en los próximos seis (6) meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.	¿Está usted o alguna de las personas por incluir embarazada? (N° de meses) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.	¿Tiene Ud. O alguna de las personas a asegurar otra póliza de hospitalización? En que compañía: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.	¿Le(s) ha sido rechazada alguna solicitud de seguro de hospitalización? En que compañía: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I.	¿Practica Ud. O alguna de las personas a asegurar algún deporte o aviación? Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Seguros Caroní, c.a.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el Nro.110
R.I.F. J-30081400-9

**SOLICITUD DE SEGUROS
SALUD CARONI
INDIVIDUAL**

CODIGO: FO-PER-01

VIGENCIA

Nº REV.

27/05/04

0

PÁGINA: 3/3

VIII. EN CASO DE HABER RESPONDIDO ALGUNA PREGUNTA AFIRMATIVAMENTE, FAVOR DETALLARLA:

Pregunta N°	Nombre de la persona a Asegurar	Causa o Diagnóstico	Tratamiento	Fecha del Diagnóstico	Nombre de la Clínica o Médico Tratante

IX. OBSERVACIONES

Yo, El Tomador y/o Asegurado Titular declaro que he leído cuidadosa y totalmente, todas las preguntas consignadas en el presente interrogatorio y que mis respuestas son verdaderas, amplias completas y exactas.

- Que no he omitido, ocultado ni disimulado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo que pueda modificar la opinión de la compañía aseguradora sobre el riesgo a asumir.
- Que esta solicitud es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima correspondiente, formando parte integrante del contrato, y que cesa la responsabilidad de la compañía, siendo nulo este contrato en caso de fraude o de declaración falsa.
- 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 padecer, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar el secreto médico.
- Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de espera de la póliza.
- Que el dinero a utilizar en el pago de la prima de la póliza aquí solicitada proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de actividades o acciones a que se refiere el artículo 4 de la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Lugar y Fecha de la Solicitud:

Firma del Tomador	Firma del Asegurado Titular
Firma y Código del Productor	Nombre Oficina y Código