**PRE-SOLICITUD DE SEGUROS DE HCM**

**Plan propuesto:** Básico Bs. 500.000 / Deducible Bs. 5.000 / Maternidad Bs. 150.000 / Exceso 500.000 / Servicios Funerarios Bs. 30.000 / Atención Medica Primaria, Asistencia Médica Domiciliaria, Fisioterapia, Piscología, Odontología, Oftalmología.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS TITULAR** | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **APELLIDO Y NOMBRE** | **N° CEDULA** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **SEXO** | **MATERNIDAD (2)** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **EMAIL** | **TELEFONO 1** | | **TELEFONO 2** | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **DATOS BENEFICIARIOS** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **APELLIDO Y NOMBRE** | **N° CEDULA** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **SEXO** | **PARENTESCO (1)** | **MATERNIDAD (2)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| (1) Parentescos que pueden incluir en la póliza son: Cónyuge, Hijo(a), Padre, Madre.  (2) Solo pueden tomar la cobertura de Maternidad: Titulares y Cónyuges Femeninas de 18 y 45 años | | | | | |