

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL

C. I. / Pasaporte		Rif	Nacionalidad		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Apellidos			Nombres		
Lugar y Fecha de Nacimiento			Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro		
Profesión u Oficio	Actividad Económica	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Ingreso Anual Bs.	

PERSONA JURÍDICA

Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada		Rif			
Razón Social			Nombre Comercial		
Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil		Nº Registro	Nº Tomo	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial	Productos o Servicios que ofrece		Ingreso Promedio Anual Bs.		
Representante Legal: Nombres y Apellidos				C.I.	

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

País		Estado		Ciudad	
Municipio		Parroquia		Urbanización	
Av./Calle/Transversal		Centro Comercial/Edificio/Local/Casa		Piso	Of./Apto.
Teléfono 1 (Cód. y Nº)	Teléfono 2(Cód. y Nº)	Teléfono 3 (Cód. y Nº)	Teléfono Celular	Fax (Cód. y Nº)	
Zona Postal	E-mail				

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TRABAJO (PERSONA NATURAL)

DIRECCIÓN DE COBRO

País		Estado		Ciudad	
Municipio		Parroquia		Urbanización	
Av./Calle/Transversal		Centro Comercial/Edificio/Local/Casa		Piso	Of./Apto.
Teléfono 1 (Cód. y Nº)	Teléfono 2(Cód. y Nº)	Teléfono 3 (Cód. y Nº)	Teléfono Celular	Fax(Cód. y Nº)	

ASEGURADO TITULAR

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

C. I. / Pasaporte	Rif	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Apellidos		Nombres	
Lugar y Fecha de Nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro	
Profesión u Oficio	Actividad Económica	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio	Ingreso Anual Bs.

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

País	Estado	Ciudad	
Municipio	Parroquia	Urbanización	
Av./Calle/Transversal	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa		Piso Of./Apto.
Teléfono 1 (Cód. y N°)	Teléfono 2 (Cód. y N°)	Teléfono 3 (Cód. y N°)	Teléfono Celular Fax (Cód. y N°)
Zona Postal	E-mail		

GRUPO A ASEGURAR

Nombres y Apellidos	Parentesco	C.I./ Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura Mts.	Peso Kgs.
	Asegurado Titular					

COBERTURAS SOLICITADAS

	Básica *	Maternidad*	Exceso*	Condiciones Extremas*
Suma Asegurada Bs.				
Deducible Bs.				

Nota: * La Cobertura Básica es obligatoria, y las coberturas de Maternidad, Exceso y Condiciones Extremas son opcionales.

OTROS SEGUROS DE SALUD EN ÉSTA U OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA

Nombre Empresa	N° Póliza	Suma Asegurada Bs.	Status de la Póliza
			<input type="checkbox"/> Anulada <input type="checkbox"/> Vigente
			<input type="checkbox"/> Anulada <input type="checkbox"/> Vigente
			<input type="checkbox"/> Anulada <input type="checkbox"/> Vigente

DECLARACIÓN DE SALUD: Responda Si o No, tomando en cuenta al Titular y cada persona del Grupo a Asegurar. Las respuestas afirmativas puntualícelas en la sección siguiente **DETALLES**.

	SI	NO
1. ¿Disfrutan de buena salud, usted y el Grupo a Asegurar?		
2. ¿Han sido intervenidos quirúrgicamente alguna vez?		
3. ¿Prevé realizar alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico, usted o alguna persona del Grupo a Asegurar?		
4. ¿Han sido pacientes o han estado en observación en algún centro de salud?		
5. ¿Se han practicado algún chequeo y/o consulta médica por enfermedad en los últimos 10 años? Indique resultados.		
6. ¿Se encuentra en estado de gestación alguna de las mujeres del Grupo a Asegurar?		
7. ¿Han sido sometidos a algún estudio de esterilidad o a alguna intervención quirúrgica contraceptiva, tales como vasectomía, ligadura de trompas?		

	SI	NO
8. ¿Han padecido o padecen de enfermedades neurológicas, tales como tumores, aneurismas, convulsiones, parálisis, epilepsia, retardo o trastorno mental, mareos, polineuropatías, vértigos, trastornos del desarrollo psíquico y/o somático?		
9. ¿Han padecido o padecen de enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, infarto al miocardio, arritmia cardíaca, palpitaciones, angina de pecho, fiebre reumática, arteriosclerosis, trastornos valvulares, tromboflebitis, várices?		
10. ¿Han padecido o padecen de alergias?		
11. ¿Han padecido o padecen de enfermedades respiratorias: asma, ronquera, tos persistente, enfisema, tuberculosis, neumonía, pleuresía, bronconeumonía, bronquitis, sangre en el esputo?		
12. ¿Han padecido o padecen de enfermedades digestivas: gastritis, úlceras, vesícula, enfermedad intestinal, afecciones hepáticas, hemorroides, páncreas, enfermedad diverticular de colón?		
13. ¿Han padecido o padecen de enfermedades del sistema genitourinario: cálculos u otras afecciones renales, infecciones urinarias, vejiga, próstata, varicocele, fimosis, para fimosis, albúmina, sangre, pus?		
14. ¿Han padecido o padecen de enfermedades osteomusculares: artritis, reumatismo, neuritis, ciática, gota, hernias discales, desviación columna vertebral, afecciones de articulaciones, trastornos de ligamentos de rodillas y meniscos?		
15. ¿Han padecido o padecen de enfermedades endocrinas: diabetes, obesidad, bocio, tiroides, alteraciones del colesterol y triglicéridos?		
16. ¿Han padecido o padecen de enfermedades venéreas, infecciosas o parasitarias como paludismo, disentería, mal de chagas, hepatitis, meningitis, amibiasis, bilharzia?		
17. ¿Han padecido o padecen de cáncer?		
18. ¿Han padecido o padecen de enfermedades de índole hematológicas?		
19. ¿Padecen de sida o tiene pruebas positivas del virus?		
20. ¿Han recibido transfusiones de sangre o han sido donantes?		
21. ¿Reciben tratamiento de hemodiálisis o riñón artificial?		
22. ¿Padecen o han padecido de alcoholismo?		
23. ¿Padecen o han padecido de toxicomanía?		
24. ¿Consumen alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva?		
25. ¿Han tenido cambio de peso en los últimos 5 años?		
26. ¿Alguna de las mujeres a incluir en la póliza se encuentra embarazada?		
27. ¿Las mujeres a ser incluidas en el Grupo a Asegurar han padecido o padecen de enfermedades relacionadas con glándulas mamarias, fibroma de útero, sangramiento genital, prolapso genital, incontinencia urinaria, afecciones de trompas y ovarios, pólipos endometriales, enfermedad inflamatoria pélvica, pólipos endometriales, osteoporosis, alteración de la menstruación, alteraciones en embarazos?		
28. ¿Han efectuado algún reclamo amparado en alguna póliza de salud ante otra empresa aseguradora? Especifique		

DETALLES: En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas precedentes, indique el N° de la pregunta que corresponda, especifique la persona del Grupo a Asegurar afectada, e indique detalles tales como: diagnóstico (enfermedad) o intervención quirúrgica, fecha, nombre y ubicación del médico tratante, condición actual. Anexe informe médico, resultados de exámenes médicos y cualquier otro documento relacionado.

¿Ha padecido algún familiar suyo o del Grupo a Asegurar de enfermedades mentales, enfermedades del corazón, cáncer, diabetes, enfermedades de los riñones, tuberculosis, parálisis, apoplejía, hemiplejía, epilepsia, enfermedades de la médula, reumatismo o ha cometido suicidio? Si No - Si la respuesta es afirmativa detalle:

Nombre y Apellido persona a incluir en el seguro	Parentesco con el familiar afectado	Edad	Fallecido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa fallecimiento
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos	Parentesco	C.I. / Pasaporte	% Distribución

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN

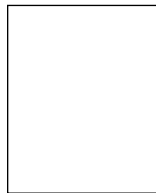
Declaro que he leído cuidadosa y totalmente las preguntas formuladas, y doy fe que la información y respuestas por mí proporcionadas, son verdaderas, completas y exactas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna que pueda modificar la opinión de Seguros Universitas, C.A., 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 cualquier médico que me haya examinado a mí o a mis familiares, para que proporcione a Seguros Universitas, C.A., toda la información que esta requiera; igualmente autorizo a la Compañía a realizarnos un reconocimiento médico, en caso de considerarlo necesario, para obtener información más completa del estado de salud de las personas a ser incluidas en la póliza y poder efectuar una mejor evaluación del riesgo.

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, 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 derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorista, en la Actividad Aseguradora.

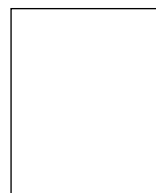
Lugar y Fecha:

Firma Asegurado Titular
C.I.:



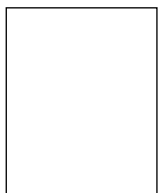
Huella Dactilar

Firma Tomador
C.I.:
Rif:



Huella Dactilar

Firma Intermediario
C.I.:
Código:



Huella Dactilar