



# Seguros LOS ANDES

COMPANÍA ANONIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS - MINISTERIO DE FINANZAS BAJO EL Nº 44 MIEMBRO DE LA CÁMARA DE ASEGURADORES DE VENEZUELA  
R.I.F. J-07001737-6 - AV. LAS PILAS, URB. SANTA INÉS, EDIFICIO SEGUROS LOS ANDES, SAN CRISTOBAL, TÁCHIRA. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL  
JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TÁCHIRA, BAJO EL Nº 16 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1.956.  
REPRESENTANTE: LIC. ALEXANDER PÉREZ - VICEPRESIDENCIA DE OPERACIONES.

## SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INTEGRAL

Fecha de Solicitud: / /	Nº Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

## DATOS DEL TOMADOR

### PERSONA NATURAL

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. Nº / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección de Habitación			
Dirección de Oficina			Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
Teléfono de Habitación	Teléfono de Oficina	Ingreso Anual	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000.000,00 <input type="checkbox"/> 6.000.001,00 a 12.000.000,00 <input type="checkbox"/> 12.000.001,00 a 18.000.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 18.000.000,00
E-mail			

### PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____ Tomo _____ Nº _____		
Nº R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales	
Representante Actual			
Dirección de Cobro			
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Zona Postal	
E-mail			

**ASEGURADO PROPUESTO (Llenar en caso de ser diferente al tomador)****PERSONA NATURAL**

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. N° / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación			
Dirección de Oficina			Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
Teléfono de Habitación	Teléfono de Oficina	Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 6.000.000,00 <input type="checkbox"/> 6.000.001,00 a 12.000.000,00 <input type="checkbox"/> 12.000.001,00 a 18.000.000,00 <input type="checkbox"/> Mas de 18.000.000,00	
E-mail			

**PERSONA JURÍDICA**

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____		
N° R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales	
Representante Actual			
Dirección de Cobro			
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Zona Postal	
E-mail			

**SI LA PÓLIZA ES COLECTIVA INDIQUE**

Nombre de la Empresa			
Efectuar cobro en: Domicilio <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		Dirección	
Fax o correo electrónico		Cuidad	
Estado	Teléfono	R.I.F.	N.I.T.

**DATOS DE LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES A INCLUIR**

Nombres y Apellidos (T):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (1):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (2):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (3):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (4):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

Nombres y Apellidos (5):			Cédula
Sexo	Fecha de Nacimiento / /		Parentesco
Estado Civil	Peso	Estatura	Ocupación

**COBERTURAS CONTRATADAS**

COBERTURA	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE
Básica		
Opcionales:		
Maternidad		
Enfermedades Críticas		

**NOTA:** El tomador no esta obligado a tomar todas las coberturas opcionales.

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Parentesco</b>	<b>% De Distribución</b>

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (1)**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Parentesco</b>	<b>% De Distribución</b>

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (2)**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Parentesco</b>	<b>% De Distribución</b>

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (3)**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Parentesco</b>	<b>% De Distribución</b>

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (4)**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Parentesco</b>	<b>% De Distribución</b>

## BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE (5)

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% De Distribución

**Por favor indique si Ud. o algunos de los asegurados dependientes a incluir padecen, han padecido o están bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones o enfermedades:**

1.- ¿Está (n) en buen estado de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo especifique si sufre (n) o ha (n) sufrido alguna vez de:	SI	NO
A.- Enfermedades del Sistema Digestivo (Gastritis, Úlceras, Transtornos Hepáticos, Vesícula Biliar, Cálculos, Hemorroides, Litiasis, Páncreas, Colon, Recto, otras) ¿Quién (es)?		
B.- Enfermedades Cardiovasculares (Tensión Alta, Infarto, Angina de Pecho, Arteroesclerosis, Insuficiencias Cardíacas o Coronarias, Soplos, Tromboflebitis, Afecciones Vasculares, Fiebre Reumática, otras) ¿Quién (es)?		
C.- Enfermedades Respiratorias (Tos Crónica, Asma Bronquial, Bronquitis, Tuberculosis, Enfisema Pulmonar, Insuficiencia Respiratoria, Neumonía, Pleuresía, Espustos de Sangre, otras) ¿Quién (es)?		
D.- Enfermedades de la Piel, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta (Desviación del Tabique Nasal, Sinusitis Crónica, Amigdalitis, Rinitis, otras) ¿Quién (es)?		
E.- Enfermedades Venéreas, Contagiosas o Infecciosas ¿Quién (es)?		
F.- Trastornos Endocrinos (Diabetes, Obesidad, Hipófisis, Tiroides, Metabolismo, otros) ¿Quién (es)?		
G.- Trastornos Neuropsiquiátricos (Epilepsia, Convulsiones, Parálisis, Retardo Mental, Psicosis, Locura, Polineuritis, Síndrome de Down, Mareos, Desmayos, Vértigos, otros) ¿Quién (es)?		
H.- Trastornos Renales y del Sistema Urinario (Cálculos, Tumores de Próstata, Riñones, Vejiga, otros) ¿Quién (es)?		
I.- Trastornos de la Sangre, Tumores, Excrecencias, Cáncer, S.I.D.A. ¿Quién (es)?		
J.- Enfermedades Oseomusculares (Escoliosis, Hernias, Artritis, Reumatismo, otros) ¿Quién (es)?		

K.- Enfermedades Propias de la Mujer (Sangramiento, Fibroma, Glándulas Mamarias, Trompas, Ovarios, Útero, otras) ¿Quién (es)?			
2.- ¿Sufre (n) o ha (n) sufrido alguna vez de enfermedades diferentes a las mencionadas anteriormente, traumatismos, operaciones o cualquier otro tratamiento médico?			
¿Quién (es)?	Afección:	Época:	Estado Actual:
3.- ¿En los dos últimos años se le (s) ha (n) recomendado que se practique (n) o se ha (n) practicado exámenes de diagnóstico, intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos?		SI	NO
¿A quién?	¿Por qué?		
4.- ¿Está (n) alguna (s) de las personas del grupo asegurable en estado de gravidez o planea algún tratamiento médico o intervención quirúrgica?			
¿Quién?	Tipo de tratamiento o intervención	Fecha estimada o fecha del parto	

## DECLARACIÓN

Ratifico en todas sus partes la exactitud y veracidad de los datos suministrados en la presente solicitud y declaro tener conocimiento de las coberturas contratadas y de las condiciones de la póliza, cláusulas adicionales y anexos especiales, las cuales acepto todas en conjunto y cualquier declaración falsa u omisión hecha de mala fe en esta solicitud implicará la nulidad del contrato de pleno derecho, quedando liberada la Compañía de toda obligación derivada del mismo. Igualmente autorizo a la Compañía para solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud y el de mi grupo familiar inscrito en la póliza, a todos los médicos e instituciones médico asistenciales que nos hayan asistido o nos asistan en el futuro y relevo a todos de guardar el secreto profesional, así como de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones. La presente solicitud, siempre que se formalice y perfeccione el contrato formará parte integrante del mismo.

“Yo, el tomador doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada”.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador

Fecha en \_\_\_\_\_ / /  
Confirmando las respuestas, declaraciones y convenios  
que anteceden.

C.I. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Intermediario

Código Interno: \_\_\_\_\_ Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Departamento Médico

Clasificación del Riesgo:

Fecha de Emisión:

Envío:                      Devolución:

Observaciones del Médico Revisor: