



## SOLICITUD DE SEGURO HORISALUD

N°. DE PÓLIZA:
FECHA:

Av. Francisco de Miranda, Torre La Primera, pisos 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, PH  
Chacao, Estado Miranda. RIF G-20008701-3  
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N°. 48  
Capital Suscrito y Pagado: 591,095,765,37  
Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela"

De acuerdo con la información solicitada a continuación, la Empresa de Seguros tomará la decisión de aceptar o no el riesgo, es por ello que agradecemos que esta solicitud sea completada en todas sus partes con letra legible o de imprenta y sin enmienda.

<input type="checkbox"/> EMISIÓN	<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> INCLUSIÓN	<input type="checkbox"/> EXCLUSIÓN				
DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA							
APELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL:			CÉDULA DE IDENTIDAD O N° DE R.I.F.:				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE EN CASO DE PERSONA JURÍDICA:							
DIRECCIÓN DE COBRO:							
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO:				
			Cód. Área: N°				
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		ACTIVIDAD U OCUPACIÓN:	INGRESO MENSUAL APROXIMADO:				
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR							
APELLIDOS Y NOMBRES:		PROFESIÓN:	OCUPACIÓN:				
LUGAR DE NACIMIENTO:	ESTADO CIVIL:	SEXO:	EDAD REAL:				
	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		EDAD ACTUARIAL				
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:							
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO:				
			Cód. Área: N°				
DIRECCIÓN DE TRABAJO:		TELÉFONO MÓVIL:					
		Cód. Área: N°					
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO:				
			Cód. Área: N°				
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		INDIQUE LA RELACIÓN O PARENTESCO CON EL TOMADOR DE LA PÓLIZA:					
SI ES MILITAR INDIQUE:	FUERZA:	GRADO:	SITUACIÓN:				
ACTIVIDADES ESPECIALES QUE REALIZA:							
COBERTURAS SOLICITADAS							
RAMO	HOSPITALIZACIÓN - CIRUGÍA	MATERNIDAD	VIDA				
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
			ACCID. PERSON. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
			SEGURO FUNER. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
MONTO							
DATOS DEL GRUPO FAMILIAR A SER INCLUIDO EN LA PÓLIZA							
CÓD.	PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?
02	CÓNYUGUE						
03	HIJO(A)						
04	HIJO(A)						
05							
06							
07							
08							
BENEFICIARIOS PARA LAS COBERTURAS DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y SERVICIOS FUNERARIOS							
APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NAC.	EDAD	% DE DISTRIBUCIÓN		
					VIDA	ACC. PERS.	SERV. FUNER.

**DECLARACIÓN DE SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR Y/O FAMILIARES**

RESPONDA EL CUESTIONARIO E INDIQUE SI USTED O CUALQUIERA DE LAS PERSONAS DE SU GRUPO FAMILIAR HAN PADECIDO, HAN SIDO DIAGNOSTICADOS, TRATADOS O MEDICADOS, POR ALGUNOS DE LOS SINTOMAS Y/O ENFERMEDADES DETALLADAS A CONTINUACIÓN

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NOMBRE(S) DE LA(S) PERSONA(S) AFECTADA(S)
1. ENFERMEDADES CADIOVASCULARES: INFARTO, ARTERIOESCLEROSIS, INSUFICIENCIA CORONARIA O CARDIACA, PRESIÓN ARTERIAL O SIMILARES.			
2. ENFERMEDADES VASCULARES: ACCIDENTES VASCULARES, HEMIPLEJIA, PARÁLISIS, HEMORRAGIAS CEREBRALES, EPILEPSIA O SIMILARES			
3. ENFERMEDADES DE LA SANGRE: LEUCEMIA, SIDA O SIMILARES.			
4. ENFERMEDADES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS: TUBERCULOSIS, ASMA, ALERGIAS, BRONQUITIS, PULMONIA O SIMILARES..			
5. ENFERMEDADES DE LAS VÍAS DIGESTIVAS: GASTRITIS, ULCERAS, HEMORRAGIAS DIGESTIVAS, HEPATITIS, CIRROSIS, HEMORROIDES O SIMILARES.			
6. TRASTORNOS GLANDULARES: TIROIDES, DIABETES, OBESIDAD, PÉRDIDA DE PESO O SIMILARES.			
7. ENFERMEDADES DE LOS HUESOS: REUMATISMO, HERNIAS DISCALES, DESVIACIÓN DE LA COLUMNA, DOLORES DE LA ESPALDA O SIMILARES.			
8. ENFERMEDADES DEL RIÑÓN O VÍAS URINARIAS, SANGRE EN LA ORINA, PROSTATA, ENFERMEDADES VENEREAS O SIMILARES.			
9. ENFERMEDADES DE LA PIEL, OJOS, OÍDOS, NARÍZ, GARGANTA O SIMILARES.			
10. ENFERMEDADES Y DESORDENES MENTALES, DEFECTOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS O SIMILARES.			
11. CÁNCER, TUMORES, QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA O SIMILARES.			
12. ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MUJER: HEMORRAGIAS, INCONTINENCIA, CURETAJES, TUMORACIONES, DOLOR PELVICO O SIMILARES.			
13. HA SUFRIDO ACCIDENTES, HERIDAS, FRACTURAS O SIMILARES.			
14. HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN O SIMILARES.			
15. HA RECIBIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE O SIMILARES.			
16. LE HA SIDO INDICADA O PRACTICADA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O SE HA SOMETIDO A TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA ENFERMEDAD O LESIÓN ADICIONAL A LAS ANTERIORES.			
17. OTROS (Especifique).			

PERS. COD.	PREG. N°	CAUSA O DIAGNOSTICO	FECHA DE INICIO	DURACIÓN (MESES)	TRATAMIENTO SI / NO	NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE DE LA CLÍNICA
Titular							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

EN CASO QUE EL ASEGURADOR CONSIDERE NECESARIO OBTENER INFORMACIÓN MÁS COMPLETA DE SU ESTADO DE SALUD ¿ESTARÍA UD. DISPUESTO A REALIZARSE UN EXAMEN EN NUESTRO DEPARTAMENTO MÉDICO? SI  NO

**SOLO PARA EL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR (SEXO FEMENINO) O CONYUGUE (SI ESTÁ INCLUIDA)**

ESTA LA ASEGURADA TITULAR O LA CONYUGUE EMBARAZADA? SI  NO  ¿QUE TIEMPO TIENE? \_\_\_\_\_ FECHA DEL ÚLTIMO PARTO: \_\_\_\_\_ ¿HA TENIDO ABORTOS? \_\_\_\_\_

DETALLES:

--

**OTROS SEGUROS**

**QUE OTRO TIPO DE SEGURO TIENE O HA SOLICITADO:**

ASEGURADOR: \_\_\_\_\_ MONTO Bs. \_\_\_\_\_ TIPO DE SEGURO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ASEGURADOR: \_\_\_\_\_ MONTO Bs. \_\_\_\_\_ TIPO DE SEGURO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ASEGURADOR: \_\_\_\_\_ MONTO Bs. \_\_\_\_\_ TIPO DE SEGURO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**¿LE HA SIDO NEGADA ALGUNA SOLICITUD DE SEGUROS DE HOSPITALIZACIÓN, VIDA Y/O ACCIDENTES PERSONALES EN OTRA EMPRESA DE SEGURO?**

SI  NO  EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS:

DETALLES DE LA CAUSA:

ES LA PRIMERA VEZ QUE CONTRATA UN SEGURO DE ESTE TIPO? SI  NO

EN CASO NEGATIVO INDIQUE SI LA PÓLIZA ESTÁ VIGENTE, LA FECHA DE ANULACIÓN Y EL ASEGURADOR CON LA CUAL FUE CONTRATADA.

USTED O ALGUNO DE SUS FAMILIARES ESTA INSCRITO EN UN SEGURO INDIVIDUAL O COLECTIVO DE SALUD?

SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL NOMBRE DEL TOMADOR Y DEL ASEGURADOR.

Yo, el Propuesto Asegurado Titular, declaro:

- a. Que he leído y entendido cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud y Declaración de Salud y que la información que suministro es verdadera, amplia, completa y exacta, dependiendo de ella la validez del Seguro.
- b. Que acepto, que la responsabilidad de la Empresa de Seguros, comienza una vez celebrado el contrato de seguros.
- c. Que no he omitido o simulado, ningún hecho o circunstancia en las respuestas que pueda modificar la opinión de la Empresa de Seguros, sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. En caso que se compruebe fraude o declaración falsa será NULO este Contrato, cesando la responsabilidad de la Empresa de Seguros.
- d. Renuncio expresamente, a todos los beneficios del secreto profesional que las disposiciones legales impongan a los médicos que me han tratado o examinado, facultándolos para proporcionar a la Empresa de Seguros cualquier información que éste les solicite y que pueda referirse a mi persona.

YO, EL TOMADOR, DOY FE QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA 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 O DE LOS DELITOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES PREVISTOS EN LA "LEY ORGANICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA".

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N°. 007199 de fecha 21 de Agosto de 2006

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROPUESTO  
ASEGURADO TITULAR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TOMADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERMEDIARIO  
DE SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:

OBSERVACIONES: