

EMERGENCIAS MÉDICA

Fecha de Solicitud			Fecha de Vigencia				Intermediario	Código	Fecha Recibido
Día	Mes	Año	Desde		Hasta				

DATOS DEL TOMADOR

Persona Natural

Nombres y Apellidos _____ No. de Cédula / Pasaporte _____ R.I.F. _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Nacionalidad _____ Sexo _____ Estado Civil _____ Usted es _____
 Día Mes Año V E F M S C D O Diestro Zurdo

Dirección de Habitación

País _____ Estado _____ Municipio _____ Zona/ Localidad _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Avenida Calle Transversal Casa Edificio Oficina Piso / Apto / Nivel _____ Condición de la vivienda: Propio Alquilado Otro

Teléfono Habitación _____ Teléfono Oficina _____ Teléfono Celular _____ Correo electrónico _____

Actividad Económica (Si es comerciante indicar el Ramo) Dependiente Societario
 Independiente Ramo _____ Nombre de la empresa _____

Profesión _____ Ocupación _____ Ingreso Promedio Anual (Moneda _____)

Persona Jurídica

Razón Social _____ R.I.F. _____

Dirección de Oficina

País _____ Estado _____ Municipio _____ Zona/ Localidad _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Avenida Calle Transversal Casa Edificio Oficina Piso / Apto / Nivel _____ Condición de la vivienda: Propio Alquilado Otro

Teléfono Habitación _____ Teléfono Oficina _____ Teléfono Celular _____ Correo electrónico _____

Actividad Económica (Si es comerciante indicar el Ramo) Dependiente Societario
 Independiente Ramo _____ Nombre de la empresa _____

Profesión _____ Ocupación _____ Ingreso Promedio Anual (Moneda _____) Dirección de cobro:
 Habitación Oficina

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos _____ No. de Cédula / Pasaporte _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Nacionalidad _____ Sexo _____ Estado Civil _____ Usted es: _____ Peso (kg) _____ Estatura (Mts) _____
 Día Mes Año V E F M S C D O Diestro Zurdo

Dirección

País _____ Estado _____ Municipio _____ Zona/ Localidad _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Avenida Calle Transversal Casa Edificio Oficina Piso / Apto / Nivel _____ Condición de la vivienda: Propio Alquilado Otro

Teléfono Habitación _____ Teléfono Oficina _____ Teléfono Celular _____ Correo electrónico _____

Actividad Económica (Si es comerciante indicar el Ramo) Dependiente Societario
 Independiente Ramo _____ Nombre de la empresa _____

Profesión _____ Ocupación _____ Ingreso Promedio Anual (Moneda _____) Dirección de cobro:
 Habitación Oficina

EMERGENCIAS MÉDICA

DATOS DEL SEGURO DE SALUD SOLICITADO

Cobertura	Suma Asegurada (Moneda _____)	Deducible (Moneda _____)
Enfermedades Amparada		

PERSONAS ASEGURABLES

Parentesco	Nombres y Apellidos	No. de C./Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso (kg.)	Estatura (Mts.)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

DECLARACIÓN DE SALUD (COMPLETAR EN TODAS SUS PARTES)

Ud. o alguno de sus familiares a asegurar padece o ha padecido, está bajo tratamiento o ha sido informado que padece de alguna de las siguientes enfermedades o desórdenes?

1. Enfermedades Cardiovasculares, tales como; Hipertensión Arterial, Ataque cardíaco, Angina o dolor de pecho, Soplo Cardíaco, Insuficiencia Cardíaca Congestiva o desórdenes del corazón o sistema circulatorio.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Enfermedades Cerebrovasculares, tales como: Desmayos, confusión, parálisis de miembros, dificultad para hablar, articular y entender, Accidente Cerebro-vascular (ACV). Cefalea o migraña. Epilepsia o Convulsiones. Otros trastornos o enfermedad del Cerebro o Sistema Nervioso.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Enfermedades Respiratorias, tales como: Asma Bronquial, Bronquitis, Bronquiolitis, Enfisema, Neumonía, Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) u otras enfermedades del Sistema Respiratorio.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Enfermedades Renales: Litiasis renal, Cólico nefrítico, Sangre en la orina o Hematuria, Cistitis, Infecciones urinarias, Pielonefritis, Insuficiencia renal aguda. Otras enfermedades del riñón, vejiga o próstata.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Enfermedades Gastrointestinales como: Litiasis vesicular, Cólico Biliar, Úlcera gástrica, gastritis, Hemorragia digestivas, colitis, hemorroides, Apendicitis, Peritonitis, Pancreatitis u otros desórdenes del estómago, intestino, hígado o vesícula biliar.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Enfermedades Osteoarticulares, Artrosis, Artritis reumatoide, Traumatismo craneoencefálico, Fracturas óseas, Luxaciones o esguinces, tumores óseos, u otros trastornos de los músculos, articulaciones o columna vertical o espalda.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Enfermedades o Trastornos Endocrinos tales como: Diabetes Mellitus, Bocio, hipertiroidismo, hipotiroidismo, Tiroiditis, Resistencia a la insulina, enfermedad de cushing, cáncer de tiroides.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sufrido o padece de alguna enfermedad de la Piel como: Dermatitis, Celulitis, Abscesos cutáneos, quistes, tumores o cáncer?, Quemaduras o Heridas Complicadas.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Padece de alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos, nariz o garganta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Ha padecido de algún Envenenamiento o Intoxicación, ¿Alergia o Reacción de Hipersensibilidad (medicamentosa, alimentaria, picadura de insecto, otras), edema de glotis o anafilaxia? .	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿Ud. o alguno de sus familiares a asegurar usa o ha usado drogas (Smorfina, cocaína, LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica) ?, ¿Fuma cigarrillos o dejó el hábito de fumar?, ¿Toma bebidas alcohólicas o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol?.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Ha sido objeto de diagnóstico o tratamiento por un médico, como afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o complejo relacionado con el SIDA?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN DE SALUD (COMPLEMENTO A RESPUESTAS AFIRMATIVAS)

Si alguna de las respuestas en el cuadro anterior fue afirmativa, favor complementar la información en el siguiente recuadro

Nº de la pregunta	Nombre de la persona a asegurar	Condición y complicación (indique si fue operado)	Nombre y dirección de médicos e instituciones en la que ha sido atendido.	Fecha comienzo de la afección

EMERGENCIAS MÉDICA

OTROS DATOS NECESARIOS

1. ¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Vida? En caso afirmativo, indique la(s) persona(s), la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y el(los) Capital(es) Asegurado(s). Sí No

Nombre y Apellido	Empresa Aseguradora	Capital Asegurado

2. ¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Salud? En caso afirmativo, indique la(s) persona(s), la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y el(los) Capital(es) Asegurado(s). Sí No

Nombre y Apellido	Empresa Aseguradora	Capital Asegurado

3. ¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada alguna Solicitud de Seguro de Vida o de Salud? En caso afirmativo, suministre detalles. Sí No

4. ¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazado un Reclamo de Indemnización por Seguro de Salud? En caso afirmativo, suministre detalles. Sí No

OTRAS PÓLIZAS DE SEGUROS

Favor indicar cuáles otras Pólizas de Salud mantiene Ud. vigente con Real Seguros, S.A. y/u otra(s) Compañía(s) de Seguros.

Compañía	Fecha de Vigencia						Número de Póliza	Suma Asegurada
	Desde			Hasta				
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		

DECLARACIÓN DE FE DEL ASEGURADO

Yo, _____ portador de la cedula de identidad n° _____ . El Propuesto Asegurado

Titular, declaro formalmente mediante la firma de esta Solicitud la cual formará parte integrante de la Póliza a ser emitida, que la información que suministro en este Documento es verídica y que no he omitido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a EL ASEGURADOR para que suscriba la Póliza. Asimismo, autorizo a los Médicos, Clínicas e Instituciones para suministrar a Real Seguros, S.A., en el momento que lo requiera, todos los datos que posean sobre mi estado de salud, antes o después de mi fallecimiento y a la vez, mediante este acto, los relevo de guardar secreto médico.

Esta Solicitud no implica compromiso alguno de aceptación de riesgo por parte de EL ASEGURADOR, ni obliga a ésta a emitir la Póliza solicitada, a menos que antes hubiere hecho una proposición; no obstante, si dicha Póliza fuese emitida, esta Solicitud servirá como base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Yo, _____, titular de la cedula de identidad n° _____

Por medio de la presente declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de la(s) prima(s) del(los) producto(s) _____ proviene de una fuente lícita que no guarda relación alguna, con capitales,

bienes, haberes, valores o títulos, que fueren producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas de los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, previstas en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo y demás leyes que rigen la materia.

Firma del Asegurado Titular	Huella pulgar derecho o en su defecto de la mano izquierda	Firma del Tomador	Huella pulgar derecho o en su defecto de la mano izquierda
-----------------------------	--	-------------------	--

--	--	--	--

Intermediario	Código del Intermediario	Fechado en: (ciudad y Fecha)
---------------	--------------------------	------------------------------

--	--	--