

**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**

|                       |                                      |                                 |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Cobertura</b>      | <b>Suma Asegurada (Moneda _____)</b> | <b>Deducible (Moneda _____)</b> |
| 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)**

|   |   |
|---|---|
| <b>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?</b>  |   |
| 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

| Pregunta N° | Indique la enfermedad | Nombre de la persona a asegurar | Fue Operado |    | Nombre y dirección de médicos e instituciones en la que ha sido atendido | Fecha comienzo de la afección |  |  |
|-------------|-----------------------|---------------------------------|-------------|----|--|-------------------------------|--|--|
|             |                       |                                 | Sí          | No |  |                               |  |  |
|             |                       |                                 |             |    |  |                               |  |  |
|             |                       |                                 |             |    |  |                               |  |  |
|             |                       |                                 |             |    |  |                               |  |  |
|             |                       |                                 |             |    |  |                               |  |  |
|             |                       |                                 |             |    |  |                               |  |  |
|             |                       |                                 |             |    |  |                               |  |  |
|             |                       |                                 |             |    |  |                               |  |  |
|             |                       |                                 |             |    |  |                               |  |  |

**EMERGENCIAS MÉDICAS**

**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 <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

**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, \_\_\_\_\_, el Tomador de la Póliza, portador de la cédula 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 Propuesto 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) |  |
|                                       |  |                              |  |