

Solicitud de Seguro de Salud Adulto Mayor

FECHA

ESTA SOLICITUD DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE Y DEBE ESTAR FIRMADA POR EL TOMADOR Y/O PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

MOVIMIENTO: ☐ EMISIÓN ☐ MODIFICACIÓN ☐ RENOVACIÓN

PÓLIZA: ☐ INDIVIDUAL

MONEDA: ☐ DIVISA

DATOS DEL TOMADOR

Si el solicitante es Persona Natural (indique los datos solicitados)

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de Identificación		N° R.I.F.				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento / /		Estado Civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ RH		Sexo ☐ M ☐ F			
Dirección de Cobro			Estado		Municipio/Parroquia				
Dirección de Habitación			Estado		Municipio/Parroquia				
Teléfono de Habitación		Teléfono Móvil		Correo electrónico		Otro Correo electrónico		Ingreso Anual Moneda ()	
Actividad Económica ☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Societaria			Ramo		Profesión		Ocupación		
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)			Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)			Teléfono Oficina			

Si el solicitante es Persona Jurídica (indique los datos solicitados)

Nombre o Razón Social de la Empresa		Nombre del Registro Mercantil		N°		Tomo		Fecha de Constitución / /		N° R.I.F.	
Dirección de la Empresa				Estado				Municipio/Parroquia			
Objeto Social		Actividad Económica ☐ Profesional ☐ Comercial ☐ Industrial ☐ Otros Especifique:						Teléfono de la Empresa			
Dirección de Cobro				Estado				Municipio/Parroquia			
Capital Suscrito y Pagado		Patrimonio (según último estado de resultados)		Utilidad del ejercicio económico anterior (cuando aplique)				Productos/ Servicios que ofrece			
Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal								C.I. / Pasaporte			
Dirección de Habitación				Correo electrónico				Teléfono			

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

Si el Propuesto Asegurado y el Tomador son la misma persona, indique con una X y no rellenar este segmento ☐

Apellido(s) y Nombre(s)			Documento de Identificación		N° R.I.F.				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento / /		Estado Civil ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ RH		Sexo ☐ M ☐ F			
Dirección de Habitación			Estado		Municipio/Parroquia				
Teléfono de Habitación		Teléfono Móvil		Correo electrónico		Otro Correo electrónico		Ingreso Anual Moneda ()	
Actividad Económica ☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Societaria			Ramo		Profesión		Ocupación		
Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)			Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica)			Teléfono Oficina			

INFORMACIÓN DE GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR

Nro.	Parentesco	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	Peso	Estatura	Grupo Sanguíneo	¿Alérgico?
1	Titular			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m		☐ Sí ☐ No
2	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m		☐ Sí ☐ No
3	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m		☐ Sí ☐ No
4	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m		☐ Sí ☐ No
5	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m		☐ Sí ☐ No
6	Parentesco			Sexo	d/m/aaaa	, Kg	. m		☐ Sí ☐ No

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR				
Nro.	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Parentesco	% de Participación
1			Elija un elemento.	%
2			Elija un elemento.	%
PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA				
Nombre:			Teléfono de Contacto:	
COBERTURAS				
Cobertura Básica		Suma Asegurada Moneda ()		Deducible Moneda ()
GASTOS MÉDICOS, DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA		☐		
COBERTURAS OPCIONALES (El Tomador no está obligado a contratarlas)				
☐ COVID		☐		
☐ ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA		☐		
FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA		☐ Anual	☐ Semestral	☐ Trimestral
		☐ Mensual	Otro:	
DECLARACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR				
Interrogantes		Asegurado Afectado		Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o diagnóstico, Fecha de Ocurrencia)
1.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas está bajo tratamiento médico, padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sido notificada de su existencia?	☐ Sí ☐ No		
2.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido intervenida quirúrgicamente?	☐ Sí ☐ No		
3.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sufrido algún accidente?	☐ Sí ☐ No		
4.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene planificada alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico?	☐ Sí ☐ No		
5.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha aumentado o disminuido de peso durante los últimos tres (3) años? Indique causa y fecha	☐ Sí ☐ No		
6.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas fuma o fumaba? Indique la cantidad y frecuencia	☐ Sí ☐ No		
7.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere bebidas alcohólicas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia	☐ Sí ☐ No		
8.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere drogas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia	☐ Sí ☐ No		
9.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas practica o ha practicado algún deporte? Indique cual, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo.	☐ Sí ☐ No		
10.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha estado o está bajo observación o tratamiento psiquiátrico y/o psicológico?	☐ Sí ☐ No		
11.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene algún impedimento, defecto o deformación física? Indique cual, especifique si es congénito o a consecuencia de un accidente o similar	☐ Sí ☐ No		
12.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en otra solicitud de Seguros de Salud y/o Vida? Indique empresa aseguradora y motivo	☐ Sí ☐ No		
13.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas se encuentra amparada por alguna póliza de Salud, Gastos Funerarios o Accidentes Personales? Indique empresa aseguradora y capital asegurado	☐ Sí ☐ No		
14.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha padecido o padece alguna otra enfermedad no especificada en ninguno de los ítems anteriores?	☐ Sí ☐ No		
DECLARACIÓN DE SALUD COMPLEMENTARIA ASOCIADA AL HISTORIAL FAMILIAR				
Interrogantes		Asegurado Afectado		Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o diagnóstico, Fecha de Ocurrencia)
Indique si Ud. o alguna de las personas a ser aseguradas padece o ha padecido algunas de las siguientes afecciones:				
A.	Hipertensión Arterial, Infartos, Arritmias, Taquicardias, Enfermedad Cerebro Vascular, Várices, Arterioesclerosis, Tromboflebitis, Aneurismas o cualquier otra enfermedad cardíaca o circulatoria.	☐ Sí ☐ No		
B.	Asma, Bronquitis, Tuberculosis, Tos Constante, Neumonía, Bronconeumonía, Derrame Pleural, Apnea del sueño o cualquier otra enfermedad respiratoria.	☐ Sí ☐ No		
C.	Gastritis, Úlceras Pépticas, Colón Irritable, Pólipos Intestinales, Esofagitis, Cálculos Vesiculares o cualquier otra enfermedad en el aparato digestivo.	☐ Sí ☐ No		
D.	Dermatitis, Dermatosis, Infecciones de piel, Carcinomas Basocelulares, Fragilidad Capilar, Seborrea, Vitiligo.	☐ Sí ☐ No		
E.	Cataratas, Glaucoma, Estrabismo, Irritaciones oculares, Miopías y otras afecciones visuales.	☐ Sí ☐ No		
F.	Rinitis, Sinusitis, Otitis, Amigdalitis, Deformaciones del Tabique y los Cornetes Nasales, Otitis, Vértigo.	☐ Sí ☐ No		
G.	Artritis, Reumatismo, Neuritis, Gota, Síndrome del Manguito Rotador, Osteoartritis, Osteoporosis, Bursitis, afecciones de la Columna Vertebral.	☐ Sí ☐ No		

H. Diabetes, Tiroiditis y sus variaciones, hipertrigliceridemia, Bocio, Obesidad.	☐ Sí ☐ No		
I. Cálculos y/o Alteraciones en Riñones, Vejiga o Próstata, Infecciones en el Sistema Urinario.	☐ Sí ☐ No		
J. Parkinson, Alzheimer, Epilepsias, Convulsiones.	☐ Sí ☐ No		
K. Anemia, Púrpura, Mieloma Múltiple, Otras Afecciones hematológicas.	☐ Sí ☐ No		
L. Mononucleosis Infecciosa, Citomegalovirus, VPH, Hepatitis, Meningitis, Otras Enfermedades Infecciosas.	☐ Sí ☐ No		
M. Sangramiento Irregular, Fibromas Uterinos, Afecciones del Sistema Reproductor Femenino, pólipos, quistes de ovarios.	☐ Sí ☐ No		
N. Cualquier otra Patología, padecimiento o enfermedad no especificada en ninguno de los ítems anteriores.	☐ Sí ☐ No		
O. Padece o ha padecido alguna enfermedad de la piel: celulitis, absceso cutáneo, quistes, tumores, dermatitis o cáncer, quemaduras o heridas complicadas.	☐ Sí ☐ No		
P. Padece alguna enfermedad en ojos, nariz, garganta u oídos.	☐ Sí ☐ No		
Q. Ha padecido de intoxicación o envenenamiento ¿Alguna alergia o reacción de hipersensibilidad, edema de glotis o Anafilaxia?	☐ Sí ☐ No		
R. Sospecha o ha sido diagnosticado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	☐ Sí ☐ No		
PAGO POR TRANSFERENCIA A CUENTA BANCARIA			
¿Autoriza a Oceánica de Seguros C.A., a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas?: Si ☐ No ☐			
Datos Cuenta Bancaria Asegurado Titular			
Número de Cuenta Corriente			Nombre del Banco
Condiciones			
1. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la póliza.			
2. Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos.			
3. Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria.			
4. No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de ahorros, ni de pensiones.			
INTERMEDIARIO (S) DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA			
Apellidos y Nombres	Código	Cédula de Identidad	% Participación
DECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES			
Yo , como Propuesto Asegurado, declaro que he leído cuidadosa y totalmente el contenido de esta solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros, C.A. sobre el riesgo a asegurar.			
Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o retenciones, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma.			
Convengo que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia en la fecha prevista, siempre que esta solicitud sea aceptada por Oceánica de Seguros, C.A. y autorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me hayan asistido o me asistan en el futuro, y relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.			
Así mismo, convengo en someterme a las consultas médicas que Oceánica de Seguros, C.A., estime conveniente a los fines de verificación del diagnóstico médico o estado de salud.			
Autorizo a la empresa a remitir vía electrónica, información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones a las Autoridades y otras Compañías de Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos.			
DECLARACIÓN JURADA			
Yo , titular de la C.I. N° en mi carácter de Tomador declaro bajo fe de juramento, que la información que doy en este documento es verídica, que no he presumido ninguna circunstancia, y 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, acciones o hechos ilícitos contempladas en las leyes venezolanas vigentes en relación con esta materia.			
Lugar:		Fecha: de de	
FIRMAS DE CONFORMIDAD			
Tomador Firma	HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO)	Propuesto Asegurado Titular Firma	HUELLA DACTILAR (PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO)
Nombre y Apellido C.I. Nro./Pasaporte/R.I.F.		Nombre y Apellido C.I. Nro./Pasaporte/R.I.F.	
Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante.			
C.N.E.	Seguro Social	Observaciones	
		Lugar	Fecha / /