

Esta solicitud es un documento legal que agradecemos llenar en todas sus partes y firmado por el solicitante principal y agente. Si cualquiera de los solicitantes padece de alguna condición médica, debe declarar en detalle en las páginas (3,4)

CONTRATO NUEVO
 REHABILITACION DE CONTRATO
 INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES
 MODIFICACIÓN

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Identificación (C.I.o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:	Primer Nombre: <input type="text"/>	Segundo Nombre: <input type="text"/>	Primer Apellido: <input type="text"/>	Segundo Apellido: <input type="text"/>
RIF: <input type="text"/>	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Lugar de nacimiento: <input type="text"/>	Nacionalidad: <input type="text"/>	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: <input type="text"/>			
Actividad económica: (si es comerciante indicar el ramo): <input type="text"/>	Profesión: <input type="text"/>	Oficio (ocupación): <input type="text"/>	Declaración I.S.L.R: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:	
Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societario				
Relación laboral con Organización sin fines de lucro (OSFL): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique cargo:	Ingreso Anual en USD (Calcular a la Tasa de Cambio publicada por el BCV): <input type="checkbox"/> Menos de 5.000 <input type="checkbox"/> 5.000 a 15.000 <input type="checkbox"/> 15.000 a 30.000 <input type="checkbox"/> Más de 30.000			

Dirección del Afiliado Titular

País: <input type="text"/>	Estado: <input type="text"/>	Ciudad: <input type="text"/>	Urbanización: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre:	<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:	
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:	Zona postal: <input type="text"/>	Telf. (cod.) Número: <input type="text"/>	Email: <input type="text"/>

DATOS DEL CONTRATANTE

solo completar en caso que el Contratante es diferente al Afiliado Titular

Persona Natural Persona Jurídica
 En caso de ser Persona Jurídica completar la información del Representante Legal y la empresa

Identificación (C.I.o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:	Primer Nombre: <input type="text"/>	Segundo Nombre: <input type="text"/>	Primer Apellido: <input type="text"/>	Segundo Apellido: <input type="text"/>
RIF: <input type="text"/>	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Lugar de nacimiento: <input type="text"/>	Nacionalidad: <input type="text"/>	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: <input type="text"/>			
Actividad económica: (si es comerciante indicar el ramo): <input type="text"/>	Profesión: <input type="text"/>	Oficio (ocupación): <input type="text"/>	Declaración I.S.L.R: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:	
Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societario				
Relación laboral con Organización sin fines de lucro (OSFL): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique cargo:	Ingreso Anual en USD (Calcular a la Tasa de Cambio publicada por el BCV): <input type="checkbox"/> Menos de 5.000 <input type="checkbox"/> 5.000 a 15.000 <input type="checkbox"/> 15.000 a 30.000 <input type="checkbox"/> Más de 30.000			

INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA

Solo llenar en caso si desea solicitar continuidad de cobertura.

¿Tiene usted un Seguro de Salud o Plan de Cobertura Médica con alguna otra Compañía? En caso afirmativo, indique

Si No Indique:

Nombre de la Compañía:

Plan:

Valor del Deducible:

Número de Póliza:

--	--	--	--

Si desea que se elimine los plazos de espera, previa aceptación de la cuota correspondiente incluya una copia del Certificado de Cobertura y Recibo de pago de los últimos 24 meses de la cobertura previa.

¿Alguna Solicitud de Seguro de Salud ha sido rechazada o aceptada sujeta a restricciones o a una Prima Mayor que las tarifas estándares de la Aseguradora para algunos de los solicitantes?

Si No En caso afirmativo, favor suministrar detalles:

CONDICIONES MÉDICAS

De acuerdo a su mejor conocimiento y entendimiento, alguno de los solicitantes ha recibido tratamiento médico, o se ha realizado pruebas diagnósticas y/o ha padecido alguna de estas enfermedades?

- | | | |
|----|--|---|
| 01 | Enfermedades Neurológicas, incluyendo Convulsiones, Migrañas, Parálisis, etc. | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 02 | Enfermedades del Corazón, Sistema Circulatorio, Hipertensión Arterial y Elevación del Colesterol o Triglicéridos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 03 | Enfermedades del Sistema respiratorio, Neumonía, Bronquitis, Alergia, Asma, u otros trastornos que afectan los pulmones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 04 | Desórdenes del Esófago, Intestinos, Páncreas, vesícula Biliar, Hepatitis u otras enfermedades del Hígado, así como otro desorden del Aparato Digestivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 05 | Enfermedad de los Riñones o de las vías Urinarias | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 06 | Cáncer o Tumores Benignos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 07 | Anemia, Leucemia, Linfoma, Trastornos de la Coagulación u otro desorden de la Sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 08 | Diabetes, Enfermedades de la Glándula Tiroides, así como desórdenes Endocrinos / Hormonales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 09 | Enfermedades Congénitas y/o Hereditarias | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 10 | Enfermedades de Transmisión Sexual de los Órganos Sexuales y otros desórdenes del Sistema Reproductivo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 11 | Enfermedades de la Próstata | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 12 | Enfermedades del Útero, los Ovarios, las Mamas u otros desórdenes Ginecológicos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 13 | Complicación del Embarazo o del Parto, Embarazo Múltiple o un Hijo (A) con algún defecto de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 14 | Cualquier Enfermedad, Padecimiento, Lesión, Accidente, Cirugía, Consulta Médica, Diagnóstico, Pérdida Involuntaria de Peso u Hospitalización que no haya sido mencionada | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 15 | ¿Usted y/o alguna de las personas a incluir en el Contrato consume alcohol, Tabaco, o cualquiera otra sustancia adictiva (por ejemplo, Meroína, Cocaína, Marihuana)? Si la respuesta es Si, indique la sustancia y frecuencia de uso | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 16 | ¿Usted y/o alguna de las personas a incluir en el Contrato ha sido donante de órganos? Si la respuesta es Si, indique fecha y órgano donado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 17 | ¿Usted y/o alguna de las personas a incluir en el Contrato ha recibido en donación algún órgano o transfusión de sangre? Si la respuesta es Si, indique fecha y órgano recibido | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 18 | Practica usted o alguna de las personas a incluir en el contrato algún deporte o actividad que podría atentar contra su integridad física (por ejemplo, submarinismos, carreras motorizadas, alpinismo, hipismo, paracaidismo, vuelo en Ícaro, espeleología)? En caso, de respuesta afirmativa, detalle el deporte o actividad | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Observaciones:

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada afirmativamente, identifique la persona a incluir en el Contrato que se afectó y detalle. En caso de enfermedades describa diagnóstico, fecha, adjunte informe médico o cualquier otro reporte.

Preg. Nro.:	Parentesco	Edad o Fecha:	Condición:	Tratamiento:

¿Algún familiar (Madre, padre, Hermano, hijo) ha padecido Tuberculosis, Diabetes, Cáncer, enfermedades del Corazón, o de los Riñones, Enfermedad Mental o ha cometido Suicidio? En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique los datos que se solicitan a continuación.

Sí No

		En caso de que el familiar haya fallecido, indique	
Apellidos y Nombres de la persona a incluir en el contrato:	Parentesco con el familiar que padeció la enfermedad o cometió suicidio:	Causa del Fallecimiento:	Edad al fallecer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FRECUENCIA DE PAGO

Mensual
 Bimestral
 Trimestral
 Cuatrimestral
 Semestral
 Anual

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

Yo, el Contratante y Asegurado por Afiliado Titular:

- A** Doy fe que estoy enterado de las Exclusiones y Plazos de Espera y demás condiciones de la Póliza.
- B** Hago constar que he leído todas las preguntas y respuestas consignadas en la presente solicitud y que la información que doy en este documento es verdadera, completa y que conozco que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para evaluar el riesgo y fijar la prima.
- C** Conozco que en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad del Asegurador por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- D** Conozco que tengo la facultad de escoger las coberturas que deseo y no estoy obligado a tomarlas todas y cada una de ellas.
- E** Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me (nos) han atendido para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades, estado físico e historia clínica, y a la vez, mediante este acto, los relevo de guardar el secreto médico y de la historia clínica.
- F** Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas o que provengan de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.

Lugar y Fecha

Firma del Contratante

Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Contratante, en su defecto, el Izquierdo

Firma del Propuesto Afiliado

Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Propuesto Afiliado, en su defecto, el Izquierdo

DATOS DEL INTERMEDIARIO

Apellido y Nombre:	Código N°:	N° de Cédula:	% Participación:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEFENSOR DEL TOMADOR, AFILIADO - ASEGURADO O BENEFICIARIO

El Tomador, Asegurado, Beneficiario o Afiliado, que sienta vulneración de sus derechos, y requiera cualquier denuncia, reclamo, queja o solicitud de asesoría con ocasión de este contrato de afiliación, puede acudir a la Unidad de Defensa del Asegurado de Latina Salud, o comunicarse a través del correo defensor.delasegurado@latinasalud.net o por el número 0422 300 30 07