

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA PLAN LATINA INTEGRAL SOLICITUD DE SERVICIOS

N° Solicitud:
Emisión:
Individual:
Colectivo:
Inclusión:
Exclusión:
Fecha:

DATOS DEL CONTRATANTE Y PROPUESTO AFILIADO TITULAR

Contratante (Persona Natural / Represente Legal Persona Jurídica)

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

País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:	
Zona postal:	Telf. (cod.) Número:	Email:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Contratante Persona Jurídica

RIF:	Tipo de Persona:	Objeto o Razon Social:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública	<input type="text"/>
Fecha Constitución:	Patrimonio:	N° Registro:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Actividad Económica:	Productos o servicios que ofrece:	Patrimonio, según último estado de resultados o ganancias y pérdidas:
<input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección:	Urbanización/Zona/Sector:	Estado:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad:	Municipio:	N° teléfono:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Propuesto Afiliado Titular Marque en caso del afiliado titular sea igual al contratante

Identificación (C.I.o Pasaporte):	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RIF:	Estado civil:	Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sexo:	Fecha de Nacimiento:			
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>			
Correo electrónico:				
<input type="text"/>				

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA PLAN LATINA INTEGRAL SOLICITUD DE SERVICIOS

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

VIGENCIA	Desde:	Fecha de Suscripción:	Frecuencia De Pago De La Cuota <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual
	(a las 12 m)		
	Hasta:	Fecha de Movimiento:	
	(a las 12 m)		

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES BÁSICOS	ASISTENCIA POR AÑO	LÍMITE DE RESPONSABILIDAD GLOBAL
Evaluación de Despistaje Preventivo Telemedicina Asistencia Médica Domiciliaria Traslado en Ambulancia Consultas Básicas y Especializadas Atención de Urgencias y Emergencias Médicas Servicios Quirúrgicos y Hospitalización Control Ginecológico Anual Control Urológico Anual Control Cardiológico Anual Entrega de Medicamentos Exámenes de Laboratorio Básicos y Especiales Ecografías Básicas y Especiales Radiología (R/X) Tomografía Axial Computarizada (TAC) Resonancia Magnética (RM) Mamografías Básicas y Especiales Densitometría Ósea Asistencia por Emergencia Odontológica Orientación Nutricional Telefónica	Una (1) consulta obligatoria Ilimitado Ilimitado Dos (2) Traslados Seis (6) básicas y cinco (5) especializadas (*) Ilimitado (*) Una (1) Servicio (*) Una (1) Servicio (*) Una (1) Servicio (*) (*) Cuatro (4) exámenes de laboratorio (*) Dos (2) Estudios (*) Cuatro (4) Estudios (*) Un (1) Estudio (*) Un (1) Estudio (*) Un (1) Estudio (*) Un (1) Estudio (*) <small>Eliminación del Dolor (3) Eventos. Restauración por Motivo de Urgencia (3) Eventos. Endodancias por Urgencia (con Rx) (1) Evento. Exodancias por Urgencia con Extracción (1) Evento Ilimitado</small>	Seleccione un de los siguientes límites: <input type="checkbox"/> 2.000 USD <input type="checkbox"/> 5.000 USD <input type="checkbox"/> 10.000 USD <input type="checkbox"/> 15.000 USD <input type="checkbox"/> 20.000 USD <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; font-size: small;"> <p>(*) Siempre que no se haya agotado el límite seleccionado. La responsabilidad total de la Compañía no excederá de este límite, que será aplicado por Afiliado y por cada año de duración del contrato. El costo de cualquier servicio prestado, cualquiera que sea, reducirá este límite, siendo el saldo restante la cantidad máxima por la que la Compañía estará obligada durante el resto del año contractual. Una vez agotado este límite, cualquier gasto adicional generado por el Afiliado será su entera responsabilidad. La Compañía no asumirá ninguna obligación ni responderá por estos costos excedentes. Este límite no aplica para los servicios Evaluación de Despistaje Preventivo, Telemedicina, Asistencia Médica Domiciliaria, Traslado en Ambulancia, Asistencia por Emergencia Odontológica y Orientación Nutricional Telefónica</p> </div>

SERVICIO OPCIONAL DE MATERNIDAD <input type="checkbox"/> (No es obligatorio contratar esta cobertura)	LÍMITE DE RESPONSABILIDAD <input type="checkbox"/> 3.000 USD <input type="checkbox"/> 5.000 USD
---	---

PERSONAS AFILIABLES

Nombre y Apellido	C.I.:	Parentesco:	Sexo:	F/Nacimiento:	Talla (mts):	Peso (kg):	Profesión:	Ocupación:
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					

**CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA
PLAN LATINA INTEGRAL
SOLICITUD DE SERVICIOS**

CUESTIONARIO (aplica a todas las personas a incluir)

CONDICIÓN

OBSERVACIONES (detalle la información para cada persona a afiliar, según sea el caso)

1. Condiciones Crónicas y Metabólicas:

¿Padece o ha recibido tratamiento por enfermedades de la presión, corazón, azúcar en sangre (diabetes), tiroides, colesterol elevado o trastornos de la sangre?

Si No

2. Sistemas Vitales (Respiratorio, Digestivo, Renal):

¿Ha sido diagnosticado con asma, EPOC, enfermedades del hígado (cirrosis/hepatitis), úlceras, hernias o insuficiencia/cálculos renales?

Si No

3. Especialidades Complejas (Autoinmune, Neuro y Salud Mental):

¿Tiene antecedentes de convulsiones, migrañas crónicas, artritis, lupus, fibromialgia o trastornos de salud mental (depresión/ansiedad) con tratamiento médico?

Si No

4. Eventos de Salud y Cirugías:

¿Ha padecido algún tipo de cáncer, recibido trasplantes o se ha sometido a cirugías en los últimos 5 años?

Si No

5. Hábitos:

¿Fuma (incluye vapeo), consume alcohol regularmente o sustancias no prescritas?

Si No

6. Salud Materna (Solo Mujeres):

¿Se encuentra actualmente embarazada o tiene planes de estarlo en los próximos 12 meses? Si No ¿Ha estado embarazada? Si No
Indique si ha tenido antecedentes de Parto Cesárea Aborto

7. Declaración de Salud General:

¿Presenta algún síntoma actual persistente, tiene cirugías programadas o padece alguna otra condición médica no mencionada anteriormente? Si No
¿Goza Ud y su grupo familiar de buena salud? Si No

Alguno está en proceso de contratar un producto de Medicina Prepagada o de seguro de salud, en esta u otra aseguradora?

En caso afirmativo, indique las personas, número de contrato, tipo de contrato, vigencia del contrato y nombre de la aseguradora:

Si No

¿Les han rechazado algún producto de Medicina Prepagada o de seguro de salud?

En caso afirmativo, detalle las razones:

Si No

**CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA
PLAN LATINA INTEGRAL
SOLICITUD DE SERVICIOS**

DECLARACIONES

El Contratante y el Propuesto Afiliado Titular declaran que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a la Compañía para la emisión de este contrato y el cobro de la cuota correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta de la Compañía a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Afiliación.

<hr style="width: 100%;"/> <p>Firma del Contratante</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Contratante, en su defecto, el Izquierdo</p>
--	---

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, en mi caracter de Contratante, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la cuota, 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 o acciones derivadas de operaciones ilícitas o que provengan de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.

Esta solicitud formará parte integrante del contrato y la Compañía está obligada a entregar una copia al Contratante, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Recibo de Afiliación, los anexos, si los hubiere, y demás documentos que formen parte del contrato.

<hr style="width: 100%;"/> <p>Firma del Contratante (Personal Natural)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Contratante, en su defecto, el Izquierdo</p>
---	---

<hr style="width: 100%;"/> <p>Firma del Representante Legal del Contratante (Personal Jurídica)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Representante Legal del Contratante, en su defecto, el Izquierdo</p>
--	---

INTERMEDIARIO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

El suscrito intermediario de la actividad aseguradora verificó la información suministrada, en cumplimiento de la normativa en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y Otros Ilícitos (LC/FT/FPADM y otros ilícitos); obligación establecida en su artículo 49.

Apellido y Nombre:	Código N°:	N° de Cédula:	% Participación:	Firma: