

Previsora	Salud
I I C I I C I G	Caraa

OIII	debio, dir ocgaro					Fecha: _					
Caliaitud da Cagura	O H C M				1-		DD MM	Coloctivo			
Solicitud de Seguro] Individual		Colectiva			
Esta solicitud debe ser Asegurado para evitar decisión de aceptar o r	devolución con b	ase en la	inforn	nación solicita	ida en est	a planilla.La	compañía	tomará la			
	e di escritario estro di	I. DATO	S DEI	TOMADOR		TO THE REAL PROPERTY.	lesson is				
1.1. Apellidos y nombi	res o Razón soc	ial	1.2. (.I./Pasaport	e/R.I.F.	¥	1.	3. Sexo			
			□V	\square \vee \square \vdash \square \vdash \square							
1.4. Profesión u oficio	(especifique)		1.5. E	1.5. Empresa donde trabaja							
	2										
1.6 Tipo de actividad	E		1.7. T	eléfonos (inc	lique mín	imo dos)					
□Independiente	ПЕ	mpleado	Hab	:	Ofic.:		Cel.:				
			40.5		10 Co	La Carra alactrónica					
☐Libre ejercicio de I	a profesión ∐ S	ocio	1.8. F	ax	1.9. CC	1.9. Correo electrónico:					
1.10. Promedio ingres	o mensual (Bs.)			Direc	rción de h	nabitación u o	oficina				
☐ Hasta 1.500,			1 11 1	Estado	ololi de i	1.12. Ciudad	Jiloli la				
The result of the tree position between the control of the control	Bs. a 3.000,00	Bs.	1.11.1	_StadO		1.12. Olddad					
	Bs. a 6.000,00		1.13. (Urb./Calle/E	dif./Piso)						
	Bs. a 12.000,00										
☐ Más de 12.00		D3.	=								
□ Mas de 12.00		OC DEL	DDO	DUECTO AC	COUDA	20					
2.1. Apellidos y nomb		O2 DEL	PRU	PUESTO AS		00		aa Saya			
2.1. Apellidos y Horrib	163		. 1	2.2. C.I./Pasa □ V □ E □				2.3. Sexo □M □F			
2.4. Lugar de nacimie	ento 2.5. Fecha d	le nacimi	ento	2.6. Estado c	Charles Annual Control	2.7. Profesió	n u oficio				
			01110	S C O E	specifique:	2.7.1 1010010	ii a oiloic	r (especinque)			
2.8. Empresa donde t			and the same of th	greso mensu							
		Hasta 1.5	,			a 6.000,00	□ Más de	12.000,00			
□ De 1.500,						a 12.000,00		12.000,00			
2.10. Tipo de actividad				2.11. Teléfonos (indique mínimo dos)							
☐ Independiente ☐ Empleado ☐ Libre ejercicio de la profesión ☐ Socio			O Hat).: 	Ofic.:	Cel.:	Fax	:			
Dirección de habita	ción u oficina										
2.12. Estado	2.13. Ciudad	2	2.14. U	rb./ Calle / E	dif. / Piso	12					
# # #					,	2.15. Corr	eo electr	ónico			
2.16. La dirección de	cobro es igual a	la direcc	ión de	habitación?	_	□ SI □	NO				
En caso negativo, c	THE RESIDENCE OF THE PARTY OF T				COMMERCIAL DESIGNATION OF THE PARTY OF THE P	cción de co	bro:				
2.17. Estado	2.18. Ciudad	2	2.19. U	rb./ Calle / E	dif. / Piso		in the second				
160 D =	1						1	*			
2.20. Teléfonos (indiqu	ue mínimo dos)	nk access			2.2	. Correo elec	ctrónico				
	Ofic.:	Cel.:		Fax.:							

	III. DA	ATOS	DEL REP	RESENT	ANTE	LEGA	LDEL	A EM	PRES	SA (SI APLI	CA)	
3.1 Apellidos y nombres / Razón social 3.2 C					ANTE LEGAL DE LA EMPRESA (.I./Pasaporte/R.I.F. □ E □ P □ J □ G				3.3 Actividad económic				
			IV.	COBER	TURA	AS SOL	ICITAD	AS			•		
4.1.	Plan de hospital	izació	n, cirugía,	gastos a	mbula	atorios y	/ medic	ina pr	event	iva	(Bs.)		
	Anexo de enferr		es críticas	3		4.3. An	exo de	gasto	s mé	dicc	s mayor	es	
Límite de cobertura Bs. Deducible Bs.										Deducible Bs.			
4.4. (Cobertura de M	aternic	lad 🗆 S	i □No	4.7.	Cobertu	ıra de A	ccide	ntes	Per	sonales	☐ Si	□No
4.5. \$	Servicio de Amb	ulanci	a 🗆 S	i 🗆 No	4.8.	Servicio	Funera	ario				☐ Si	□No
4.6. V	/ida		□s	i 🗆 No	4.9. \$	Servicio	Odonto	ológic	0		- C	☐ Si	□No
4.10.	Servicio Oftalm	ológic	o □ Si	□No		1,,1		ř.					
				V. PERS	ONA	SAINO	CLUIR						
N°	5.1. Nombres y apellidos	Fed	5.2. echa de cimiento Parentesco Sexo F/M Peso Estatura Cédula de identidad					Ocup (Espec	.8. ación cifique)				
01				TITUL	AR								1/
02											(66)		
03	ir											_	
04				4								Table State Control	
05								1. 2	100	1 -	ge ^{Trees} ea	in the second	- 4
			VI. BENI	EFICIARI	OS E	N CAS	O DE N	IUER'	TE			2 1 330	
No	6.1. ombres y apellid	os		.2. ntesco			3. identida		6.4. Eda	id	% de	6.5. participa	ación
(a)(*) (b) (a)			- 87			Progr.		0,		12.00	1 100	3 / = =	
												983 a .	
	188 DE 1												
				1000000		(e-cime e-		48	

VII. OT	ROS SEGUROS DE	HOSPITAL IZ	ACIÓN CI	RUGÍA V MATER	SMIDA	n			
7.1. Empresa asegur			. Monto as			ntigüeda	d		
			1	-4.5					
VIII.	DECLARACIÓN JUF DEL PROPUESTO A	RADA SOBRE	EL ESTA	DO DE SALUD		SI	NO		
	s familiares por inclui				7 - 177-221 s. X	J 15 Garton			
b) ¿Se ha(n) practica	ado alguna intervencio	ón quirúrgica?	(funcional	o estética)					
c) ¿Tiene(n) prevista	alguna intervención	quirúrgica? (fu	uncional o	estética)					
	e sus familiares por in adace o haya padecid		oliza tiene co	onocimiento de al	guna				
tratamiento médio	o o estado usted o alg o por algún síntoma c	enfermedad?)			en			
 d) ¿Usted o alguno o alguna enfermeda 	le sus familiares por in d transitoria, crónica o	ncluirse en la p o defecto?	oóliza pade	ce(n) actualment	e de				
g) ¿Ha(n) sufrido usted o alguno de sus familiares por incluirse en la póliza de algún accidente?									
h) ¿Se encuentra us	sted, su cónyuge o al	guno de sus fa	amiliares e	n estado de gravi	dez?				
i) ¿Sufre o ha sufrid presbicia)?	o defectos de refracc	ción visual (mi	opia, hiperi	metropía, astigma	atismo,				
En caso de responde	er afirmativo algunas o	de las pregunt	as anteriore	es, por favor deta	lle:				
8.1. Nombre de la persona afectada				8.6. Estado actua					
=	<u>×</u>					1			
				8 ta = 1	.9	am ^{Pr} 1.			
8		4.7	,,21	d _{ay 50}					
	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			16 - 17 a					
	1 L 1			10 2 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10		250			
	ater a life. Test								

	IX. DEC	LARACIÓ	N DEL TOMADOR			
que nada he c mi parte, debi asegurador de	omitido, ocultado o disimulad damente probadas, será cal e haberlo conocido, no hubid	do y estoy e usa de nulio ese contrat	eracidad de todas las declaraciones arrienterado que las falsedades y reticencia dad absoluta del contrato, si son de tal r ado o lo hubiese hecho en otras condic	as de mala fe por naturaleza que el ciones.		
de seguros y	relevo a los terceros, cuya así como de toda responsal	informaciór	querir cualquier información relacionada n será requerida, de la obligación de gu pudiera derivarse del uso que haga la	uardar el secreto		
que será utiliza con dinero, ca operaciones il	ado para el pago de la prima pitales, bienes, haberes, va	a, provendra lores o títul Ley Orgán	en mi carácter de con R.I.F. N° en mi carácter de con R.I.F. N°), decla á de una fuente lícita y por tanto no tiendos, producto de las actividades o accionica Contra la Delincuencia Organizada y na de Venezuela.	e relación alguna nes derivadas de		
Lugar	de		de 20			
	TOMADOR	15	PROPUESTO ASEGURADO			
	Huella dactilar y firm		Huella dactilar y firma			
	X. DECLA	RACIÓN	DEL INTERMEDIARIO			
10.1. Apellidos y no C.I. N°:	vernituri our on week V 2000	<u> </u>	Código del intermediario	المارية المارية		
ciertos, correc	odos los datos registrados tos, verificables y que las fi	en la prese rmas que s	ente solicitud de seguros a mi leal sabe e avalan son auténticas y veraces.	r y entender son		
En Artículo 182, i años: ()	en fechade _ numeral 3, de la Ley de la .		de 20 seguradora: "serán penados con prisio	ón de dos a seis		
el intermediario administradore	es una persona jurídica, l	la sanción tivos o ejec	lo en fraude en el ejercicio de sus por el ilícito se aplicará al presiden utivas, directores o directoras, gerentes les del fraude".	te o presidenta,		
	,	a del Inter		8 J. L.		
11.1 0-15 11		R LLENA	DO POR EL ASEGURADOR			
11.1 Calificación m		 toble	Control of the Contro	Fecha / /		
□ Bueno □ Regular □ Malo □ Inaceptable □ Bueno □ Regular □ Malo □ Inaceptable □ Causas:						
	en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora el N° 2,	, R.I.F. N° J-00021376-3	Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora segun Oficio N° 0000:	2204 de fecha 20 de marzo de 2013.		



