



SOLICITUD PLAN DE SALUD

FECHA: _____

COBERTURA: BÁSICO

PLAN DE SALUD: INDIVIDUAL

NOTA IMPORTANTE: Sobre la base de la información suministrada, La empresa tomará la decisión de aceptar o no el riesgo. Es por ello que agradece que esa solicitud sea debidamente llenada en todas sus partes.

DATOS DEL CONTRATANTE

Apellidos y Nombres / Razón Social:		C.I./ Pasaporte / R.I.F.:		Vigencia del plan	
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E			
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo:	Estado Civil:		
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:		
Dirección de Habitación					
Ciudad:		Estado:		Teléfono Habitación Dirección Electrónica	
Actividad económica / Ocupación / Ingreso Mensual:					
Nombre de la Empresa donde labora (Contratante):					
Dirección:					
Ciudad		Estado		Teléfono(s) Oficina(s) Nro. Celular	
Cargo		Fecha de Empleo		Fecha de Ingreso al Seguro	
		/ /		/ /	
En caso de persona Jurídica:					
Fecha de Constitución de la empresa		Naturaleza de la empresa:		Tipo de Actividad Económica:	
		<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada			
<i>Datos del Representante Legal</i>					
Apellidos y Nombres			C.I. / Pasaporte / R.I.F.:		
			<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		
Actividad Económica / Ocupación / Ingreso Mensual:					
Dirección de Habitación:					
Teléfono Habitación		Teléfono de Oficina		Teléfono Celular	
()		()			
Fax:			Dirección de Correo Electrónico		
()					

DATOS DE LOS FAMILIARES A INCLUIR

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR								
	Apellidos y Nombres	Cédula Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco Titular	Edad	Peso	Estatura	Actividad Deportiva
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
6)								
7)								
8)								
9)								

DECLARACIÓN DE SALUD		
¿Padece(n) o ha(n) padecido alguna(s) de las siguientes afecciones?	SI	NO
a) Enfermedad del sistema digestivo (Ejemplo: gastritis, úlcera, litiasis vesicular, colitis, hemorroides, apendicitis, hernias hiatales, cirrosis, hepatitis, diverticulitis, fisura anal)		
b) Enfermedades cardiovasculares y respiratorias (Ejemplo: tensión alta o baja, infarto, angina de pecho, soplos, aneurismas, valvulopatias, prolapso de válvula mitral u otras, laringitis tuberculosis, neumonía, arritmias cardiacas, marcapasos, by pass coronario, tos crónica, bronquitis, asma).		
c) Enfermedades de la piel, ojos, nariz, oídos, garganta (Ejemplo: desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, cataratas, terigón, sangramiento nasal, pólipos nasales, otitis, amigdalitis, adenoiditas).		
d) Trastornos endocrinos (Ejemplo: diabetes, obesidad, tiroides, paratiroides).		
e) Trastornos neuropsiquiátricos (Ejemplo; epilepsia, convulsiones, parálisis, retardo mental, psicosis, síndrome de Down, ACV, disrritmias cerebrales, aneurismas, meningitis), drogadicción, alcoholismo.		
f) Trastornos renales o del sistema urinario (Ejemplo: prostatitis, varicocele, incontinencia urinaria, diálisis)		
g) Enfermedades osteomusculares (Ejemplo: desviación de la columna, artritis, reumatismo, hernias discales, osteoporosis, fracturas, compresión radicular, contractura muscular)		
h) Enfermedades propias de la mujer (Ejemplo: fibromas, patologías mamarias, obstrucción de las trompas ovarios poliúísticos, prolapso, endometriosis)		
i) Según su más leal saber o entender: ¿Padece actualmente, usted o alguna de las personas por incluir, alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto, no mencionada anteriormente?		
j) Se le(s) ha(n) practicado alguna intervención quirúrgica?		
k) ¿Tiene(n) prevista alguna intervención o tratamiento en los próximos seis (6) meses?		
l) Usted o alguna de las personas por incluir recibe medicación regulada?		
m) ¿Alguna de las personas por incluir está en estado de gravidez (embarazada) o lo ha estado anteriormente?		
n) Enfermedades pre-existentes (1 año) de plazo de espera		

AUTORIZACIÓN

Autorizo a todos los médicos tratante y a las clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presente o que pueda padecer, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar secreto médico.

DECLARACIÓN

(Lea cuidadosamente la presente Declaración antes de firmar esta solicitud)

Declaro que las informaciones de esta solicitud son completas y verídicas, que no he suprimido ni ocultado información alguna que afecte el concepto de riesgo que pueda influenciar la decisión _____ respecto a esta solicitud. Convengo en que esta solicitud y declaración forman las bases del Contrato _____ y yo, en la aceptación de un contrato sujeto a las Condiciones impresas en la misma.

De igual forma, yo el solicitante, bajo fe de juramento declaro, que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica contra la delincuencia organizada.

Lugar _____, Fecha: _____ de _____ de _____

Nombre del Productor
Código: _____

Firma del Solicitante