



Fecha / /	Intermediario:	Código:
--------------	----------------	---------

**SOLICITUD DE SEGURO DE HOSPITALIZACION
 CIRUGIA Y MATERNIDAD**

Póliza N°
 Cobertura Bs.
 Deducible Bs.
 Maternidad Bs.

INDIVIDUAL () COLECTIVO () MODIFICACIÓN ()

IMPORTANTE: Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin enmiendas, y firmada por El Tomador, para iniciar el proceso de suscripción

EL TOMADOR: Apellidos y Nombres, si es Persona Natural / Razón Social, si es Persona Jurídica			E-mail:	
No. de Cédula de Identidad: (Persona Natural): V () E ()	No. de R.I.F. (Persona Jurídica):	Relación o Parentesco con el Solicitante		
EL ASEGURADO: Apellidos y Nombres:			Cédula de Identidad: V () E ()	
Lugar de Nacimiento:	Fecha: / /	Edad:	Sexo: M () F ()	Estado Civil
Dirección de Habitación:				
			Teléfono:	E-mail:
Dirección de Cobro:				
			Teléfono:	E-mail:
Profesión:		Ocupación:		
Lugar de trabajo:	Teléfono:	Fecha de Ingreso: / /	Sueldo Promedio Mensual:	

Beneficiario en caso de Indemnización por fallecimiento del Titular:

Nombres y Apellidos: _____ C.I. _____

PERSONAS QUE SE INCLUIRÁN EN EL SEGURO

PARENTESCO	APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	Estatura (Mts.)	Peso (Kgs.)
1 TITULAR					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

1. ¿Mantiene Ud. o alguna de las personas incluidas en esta solicitud Póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad y/o Pólizas de Accidentes, en esta u otra Compañía de Seguros? Si _____ No _____ En caso afirmativo, indique

La compañía _____

2. ¿Usted o alguna de las personas incluidas en esta solicitud practica algún deporte? Si _____ No _____

Especifique: _____

3. ¿Usted o alguna de las personas incluidas en esta solicitud han sido tratadas o padecen de alguna de las siguientes afecciones? Coloque el N° de la persona afectada de acuerdo con el parentesco indicado en el cuadro “PERSONAS QUE SE INCLUIRÁN EN EL SEGURO”

	SI	NO	N°
a) Enfermedades en el sistema Digestivo(úlceras, gastritis) Hígado (cirrosis hepática) Vesícula (cálculos) o Recto.			
b) Enfermedades del Corazón(I.M. angina) Circulación (varices) Hipertensión Arterial, Sangre (Leucemia).			
c) Enfermedades de los Huesos. Reumatismo. Dislocación. Desviación de la Columna. Pérdida de Extremidad			
d) Enfermedades de la Piel. Ojos(defectos visuales) Nariz, Garganta.			
e) Enfermedades y Desordenes Mentales. Dificultades Motrices, Trastornos Nerviosos (ansiedad, depresión)			
f) Enfermedades del Riñón (cálculos), Sistema Genitourinario (próstata, uretra).			
g) Cáncer de cualquier tipo, Diabetes, Enfermedades de Transmisión Sexual; Herpes, Mal de Chagas, Lepra			
h)Tuberculosis, Asma, Enfermedades Pulmonares o Sistema Respiratorio.			
i) Tiroides. Trastornos Endocrinos, Enfermedades Crónicas. Defectos Congénitos o Adquiridos			
j) Epilepsia, Apoplejía, Hemiplejia, Parálisis, Hemorragias Cerebrales. Hernias de cualquier tipo.			
k) Algunas enfermedades de Utero. Ovarios o en cualquier parte de los Organos Reproductores y/o Genitales.			
l) Alguna enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas anteriores			
m) ¿Ha sido Ud. o alguna de las personas incluidas en esta solicitud sometidas a intervenciones quirúrgicas?			
n) ¿Han sido hospitalizadas o han consultado a un médico en los últimos cinco (5) años?			
ñ) ¿Han tenido accidentes, heridas o fracturas?			

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada afirmativamente, por favor detalle:

Nombres y Apellidos de la persona	Enfermedad o accidente	Fecha	Cirugía Si / No	Estado actual	Centro Hospitalario Nombre del Médico

En caso de requerir más espacio , favor anexar hoja con detalle.

- o) ¿Tiene prevista alguna hospitalización, consulta médica o tratamiento? Si _____ No _____
- p) ¿Está alguna de las personas incluidas en estado de Gravidéz? Si _____ No _____ Fecha del último Parto _____
- q) ¿Ha tenido Cesáreas? Si _____ No _____ ¿Cuántas? _____ Ha tenido Abortos? Si _____ No _____ ¿Cuántos? _____

Yo, El Tomador, de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP), y a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Providencia N° 1150 de fecha 1° de octubre de 2004 emanada de la Superintendencia de Seguros y publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38065, de fecha 15 de noviembre de 2004, la cual contiene las normas que exigen el cumplimiento de un conjunto de obligaciones por parte de las personas naturales y jurídicas con el fin de prevenir el delito de legitimación de capitales en el mercado asegurador venezolano, certifico que toda la información por mí suministrada a La Oriental de Seguros, C.A., es verdadera, y en consecuencia autorizo a dicha empresa o a quien competa, para que realice todas las diligencias que sean necesarias a objeto de constatar que el origen del dinero utilizado para el pago de las primas, proviene de operaciones ilícitas.

Asimismo declaro que confiero mandato expreso, amplio e irrevocable a mi intermediario de seguros para que en mi nombre y representación, requiera y convenga con **La Oriental de Seguros, C.A.**, los términos y condiciones de la contratación, y por ende, suscriba los documentos a que hubiere lugar con ocasión de la emisión de la póliza objeto de la presente solicitud.

Firma del Tomador

Firma del Asegurado

En: _____ el _____ de _____ de _____