

DATOS DEL TOMADOR

Nombres o Razón Social	No. de Cédula / Pasaporte	R.I.F.
------------------------	---------------------------	--------

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos	No. de Cédula / Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Peso	Talla
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Teléfono Celular	Correo Electrónico	

DECLARACIÓN DE SALUD (COMPLETAR EN TODAS SUS PARTES)

Ud. padece o ha padecido, está bajo tratamiento o ha sido informado que padece de alguna de las siguientes enfermedades o desórdenes?

1. Enfermedades Cardiovasculares, tales como; Hipertensión Arterial, Ataque cardíaco, Angina o dolor de pecho, Soplo Cardíaco, Insuficiencia Cardíaca Congestiva o desórdenes del corazón o sistema circulatorio.	Sí ☐ No ☐
2. Enfermedades Cerebrovasculares, tales como: Desmayos, confusión, parálisis de miembros, dificultad para hablar, articular y entender, Accidente Cerebro-vascular (ACV). Cefalea o migraña. Epilepsia o Convulsiones. Otros trastornos o enfermedad del Cerebro o Sistema Nervioso.	Sí ☐ No ☐
3. Enfermedades Respiratorias, tales como: Asma Bronquial, Bronquitis, Bronquiolitis, Enfisema, Neumonía, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) u otras enfermedades del Sistema Respiratorio.	Sí ☐ No ☐
4. Enfermedades Renales: Litiasis renal, Cólico nefrítico, Sangre en la orina o Hematuria, Cistitis, Infecciones urinarias, Pielonefritis, Insuficiencia renal aguda. Otras enfermedades del riñón, vejiga o próstata.	Sí ☐ No ☐
5. Enfermedades Gastrointestinales como: Litiasis vesicular, Cólico Biliar, Úlcera gástrica, gastritis, Hemorragia digestivas, colitis, hemorroides, Apendicitis, Peritonitis, Pancreatitis u otros desórdenes del estómago, intestino, hígado o vesícula biliar.	Sí ☐ No ☐
6. Enfermedades Osteoarticulares, Artrosis, Artritis reumatoide, Traumatismo craneoencefálico, Fracturas óseas, Luxaciones o esguinces, tumores óseos, u otros trastornos de los músculos, articulaciones o columna vertical o espalda.	Sí ☐ No ☐
7. Enfermedades o Trastornos Endocrinos tales como: Diabetes Mellitus, Bocio, hipertiroidismo, hipotiroidismo, Tiroiditis, Resistencia a la insulina, enfermedad de cushing, cáncer de tiroides.	Sí ☐ No ☐
8. ¿Ha sufrido o padece de alguna enfermedad de la Piel como: Dermatitis, Celulitis, Abscesos cutáneos, quistes, tumores o cáncer?, Quemaduras o Heridas Complicadas.	Sí ☐ No ☐
9. ¿Padece de alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos, nariz o garganta?	Sí ☐ No ☐
10. ¿Ha padecido de algún Envenenamiento o Intoxicación, ¿Alergia o Reacción de Hipersensibilidad (medicamentosa, alimentaria, picadura de insecto, otras), edema de glotis o anafilaxia? .	Sí ☐ No ☐
11. ¿Ud. o alguno de sus familiares a asegurar usa o ha usado drogas (Smorfina, cocaína, LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica) ?, ¿Fuma cigarrillos o dejó el hábito de fumar?, ¿Toma bebidas alcohólicas o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol?.	Sí ☐ No ☐
12. ¿Ha sido objeto de diagnóstico o tratamiento por un médico, como afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o complejo relacionado con el SIDA?	Sí ☐ No ☐

DECLARACIÓN DE SALUD (COMPLEMENTO A RESPUESTAS AFIRMATIVAS)

Si alguna de las respuestas en el cuadro anterior fue afirmativa, favor complementar la información en el siguiente recuadro

Pregunta N°	Indique la enfermedad	Fue Operado		Nombre y dirección de médicos e instituciones en la que ha sido atendido	Fecha comienzo de la afección		
		Si	No				

DECLARACIÓN DE FE DEL ASEGURADO

Yo, _____, el Propuesto Asegurado, declaro formalmente mediante la firma de esta Solicitud la cual formará parte integrante de la Póliza a ser emitida, que la información que suministro en este Documento es verídica y que no he omitido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a EL ASEGURADOR para que suscriba la Póliza. Asimismo, autorizo a los Médicos, Clínicas e Instituciones para suministrar a Real Seguros, S.A., en el momento que lo requiera, todos los datos que posean sobre mi estado de salud, antes o después de mi fallecimiento y a la vez, mediante este acto, los relevo de guardar secreto médico.

Esta Solicitud no implica compromiso alguno de aceptación de riesgo por parte de EL ASEGURADOR, ni obliga a ésta a emitir la Póliza solicitada, a menos que antes hubiere hecho una proposición; no obstante, si dicha Póliza fuese emitida, esta Solicitud servirá como base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

Firma del Propuesto Asegurado	Huella pulgar derecho o en su defecto de la mano izquierda	Fecha en: (Ciudad y Fecha)

PAGO POR TRANSFERENCIA A CUENTA BANCARIA

¿Autoriza a Real Seguros, S.A., a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas? SI ☐ NO ☐

Datos Cuenta Bancaria Asegurado Titular

Nombre del Banco	Tipo de Cuenta	Moneda	Número de Cuenta
	Corriente ☐ Ahorro ☐	Bs ☐ \$ ☐	