

EMERGENCIAS MÉDICAS

PS-F001-05_2022

Fecha de Solicitud			Fecha de Vigencia				Fecha de Recepción		
Día	Mes	Año	Desde		Hasta		Día	Mes	Año
DATOS DEL TOMADOR									
Persona Natural									
Nombres y Apellidos					No. de Cédula / Pasaporte		R.I.F.		
Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Sexo	Estado Civil		Usted es
Día	Mes	Año			V ☐ E ☐	F ☐ M ☐	S ☐ C ☐ D ☐ O ☐	Diestro ☐ Zurdo ☐	
Persona Jurídica									
Razón Social							R.I.F.		
Representante Legal									
Nombres y Apellidos					No. de Cédula / Pasaporte		R.I.F.		
Dirección del Tomador									
País		Estado		Municipio		Zona/ Localidad		Código Postal	
Avenida ☐ Calle ☐ Transversal ☐		Casa ☐ Edificio ☐ Oficina ☐		Piso / Apto / Nivel		Condición de la vivienda: Propio ☐ Alquilado ☐ Otro ☐			
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular		Correo electrónico			
Actividad Económica (Si es comerciante indicar el Ramo)					Dependiente ☐ Societario ☐				
Independiente ☐		Ramo ☐		Nombre de la empresa					
Profesión		Ocupación		Ingreso Promedio Anual (Moneda _____)				Dirección de cobro:	
								Habitación ☐ Oficina ☐	
Beneficiario Final (Completar solo en caso de Persona Jurídica)									
Nombres y Apellidos					No. de Cédula / Pasaporte		R.I.F.		
Teléfono Habitación		Teléfono Celular		Correo electrónico					
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO									
Nombres y Apellidos							No. de Cédula / Pasaporte		
Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Sexo	Estado Civil		Usted es:
Día	Mes	Año			V ☐ E ☐	F ☐ M ☐	S ☐ C ☐ D ☐ O ☐	Diestro ☐ Zurdo ☐	
Dirección									
País		Estado		Municipio		Zona/ Localidad		Código Postal	
Avenida ☐ Calle ☐ Transversal ☐		Casa ☐ Edificio ☐ Oficina ☐		Piso / Apto / Nivel		Condición de la vivienda: Propio ☐ Alquilado ☐ Otro ☐			
Teléfono Habitación		Teléfono Oficina		Teléfono Celular		Correo electrónico			
Actividad Económica (Si es comerciante indicar el Ramo)					Dependiente ☐ Societario ☐				
Independiente ☐		Ramo ☐		Nombre de la empresa					
Profesión		Ocupación		Ingreso Promedio Anual (Moneda _____)				Dirección de cobro:	
								Habitación ☐ Oficina ☐	

EMERGENCIAS MÉDICAS

PS-F001-05_2022

DATOS DEL SEGURO DE SALUD SOLICITADO

Cobertura	Suma Asegurada (Moneda _____)	Deducible (Moneda _____)	Forma de Pago
Enfermedades Amparadas			Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

PERSONAS ASEGURABLES

Parentesco	Nombres y Apellidos	No. de C.I./Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso (kg.)	Estatura (Mts.)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

DECLARACIÓN DE SALUD (COMPLETAR EN TODAS SUS PARTES)

Ud. o alguno de sus familiares a asegurar 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	Nombre de la persona a asegurar	Fue Operado		Nombre y dirección de médicos e instituciones en la que ha sido atendido	Fecha comienzo de la afección		
			Sí	No				

OTROS DATOS NECESARIOS

OTROS DATOS NECESARIOS		
1. ¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Vida? En caso afirmativo, indique la(s) persona(s), la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y el(los) Capital(es) Asegurado(s).		Sí ☐ No ☐
Nombre y Apellido	Empresa Aseguradora	Capital Asegurado

EMERGENCIAS MÉDICAS

PS-F001-05_2022

2. ¿Alguna de las personas a asegurar está amparada por alguna Póliza de Salud? En caso afirmativo, indique la(s) persona(s), la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y el(los) Capital(es) Asegurado(s).			Sí ☐	No ☐
Nombre y Apellido	Empresa Aseguradora	Capital Asegurado		
3. ¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazada alguna Solicitud de Seguro de Vida o de Salud? En caso afirmativo, suministre detalles.			Sí ☐	No ☐
4. ¿Alguna de las personas a asegurar le ha sido rechazado un Reclamo de Indemnización por Seguro de Salud? En caso afirmativo, suministre detalles.			Sí ☐	No ☐

OTRAS PÓLIZAS DE SEGUROS

Favor indicar cuáles otras Pólizas de Salud mantiene Ud. vigente con Real Seguros, S.A. y/u otra(s) Compañía(s) de Seguros.

Compañía	Fecha de Vigencia				Número de Póliza	Suma Asegurada (Moneda _____)
	Desde	Hasta				

DECLARACIÓN DE FE DEL ASEGURADO

Yo, _____, el Propuesto Asegurado, declaro bajo juramento, que la información suministrada en este documento, así como los datos aquí indicados, responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir o tergiversar circunstancias que puedan afectar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a EL ASEGURADOR para que suscriba la Póliza. Estoy informado que cualquier declaración falsa y reticencia de mala fe, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que EL ASEGURADOR de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones. 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.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Yo, _____, el Tomador de la Póliza, por medio de la presente declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de la(s) prima(s) del(los) producto(s) proviene de una fuente lícita que no guarda relación alguna, con capitales, bienes, haberes, valores o títulos, que fueren producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas de los delitos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, previstas en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo y demás leyes que rigen la materia.

Firma del Propuesto Asegurado	Huella pulgar derecho o en su defecto de la mano izquierda	Firma del Tomador	Huella pulgar derecho o en su defecto de la mano izquierda

Fechado 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 ☐ \$ ☐	

Datos del Intermediario

Nombres y Apellidos	Código