



REALSEGUROS

J-00034024-2

SALUD INDIVIDUAL REAL SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO

PS-F002-05_2022

Fecha de Solicitud			Fecha de Vigencia				Fecha 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: Casa ☐ Edificio ☐ Otra ☐			
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: Casa ☐ Edificio ☐ Otra ☐			
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 ☐		
DATOS DEL SEGURO DE SALUD SOLICITADO									
Cobertura	Suma Asegurada (Moneda ____)			Deducible (Moneda ____)			Forma de Pago		
Básica de Salud							Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐		

SALUD INDIVIDUAL REAL SEGUROS

PS-F002-05_2022

Cobertura Opcionales	Suma Asegurada (Moneda ____)	Deducible (Moneda ____)
----------------------	------------------------------	-------------------------

La Coberturas Opcionales no son de obligatoria contratación, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12, numeral 3, de las Normas que Regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora.

Maternidad		
------------	--	--

PERSONAS ASEGURABLES

Mediante la presente opción el Asegurado podrá incluir, en el amparo de su Póliza, a su cónyuge, sus padres y/o a los padres de su cónyuge, que sean dependientes económicamente del Asegurado. Los hijos y/o hermanos mayores de 21 años, deberán presentar constancia de estudios de nivel superior.

GRUPO A ASEGURAR

Parentesco	Nombres y Apellidos	No. de C.I / Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil
1. Titular		V ☐ E ☐		M ☐ F ☐	
2.		V ☐ E ☐		M ☐ F ☐	
3.		V ☐ E ☐		M ☐ F ☐	
4.		V ☐ E ☐		M ☐ F ☐	
5.		V ☐ E ☐		M ☐ F ☐	
6.		V ☐ E ☐		M ☐ F ☐	

Estatura	Peso (kg.)	Ocupación	Deporte que practica	Cobertura de Maternidad
1.				Sí ☐ No ☐
2.				Sí ☐ No ☐
3.				Sí ☐ No ☐
4.				Sí ☐ No ☐
5.				Sí ☐ No ☐
6.				Sí ☐ No ☐

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

Nº	Nombres y Apellidos	No. de C.I/Pasaporte	Parentesco	% de Participación
1.				
2.				
3.				
4.				

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.	¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio?	Sí ☐ No ☐
2.	¿Dolores de pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos u otras enfermedades o desórdenes del corazón o del sistema circulatorio?	Sí ☐ No ☐
3.	¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas, trastornos psiquiátricos u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso?	Sí ☐ No ☐
4.	¿Albúmina o sangre en la orina u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas?	Sí ☐ No ☐
5.	¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos, quistes, tumores o cáncer?	Sí ☐ No ☐
6.	¿Alergias, anemias u otros desórdenes sanguíneos?	Sí ☐ No ☐
7.	¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?	Sí ☐ No ☐
8.	¿Alguna enfermedad o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?	Sí ☐ No ☐
9.	¿Alguna enfermedad o desorden de los músculos, huesos, incluso de la columna vertebral, espalda y/o articulaciones?	Sí ☐ No ☐
10.	¿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 ☐

SALUD INDIVIDUAL REAL SEGUROS

PS-F002-05_2022

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?

11.	¿Está o recientemente ha sido recluso(a) en alguna Institución Médica o padece deformaciones o mutilaciones?	Sí	☐	No	☐
12.	¿Alguna enfermedad o desorden de los órganos reproductivos?	Sí	☐	No	☐
13.	¿Diabetes, tiroides y/u otro trastorno endocrino?	Sí	☐	No	☐
14.	¿Se encuentra en estado de gestación o ha tenido abortos?	Sí	☐	No	☐
15.	¿Ud. o alguno de sus familiares ha usado heroína, morfina u otra droga narcótica (LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica)?	Sí	☐	No	☐
16.	¿Ud. o alguno de sus familiares a asegurar ha sido arrestado o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol?	Sí	☐	No	☐
17.	¿Ud. o alguno de sus familiares a asegurar fuma cigarrillos? En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y cantidad diaria que consume.	Sí	☐	No	☐
18.	¿Ud. o alguno de sus familiares a asegurar dejó el hábito de fumar cigarrillos? En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas, cantidad que consumía y fecha en la que lo dejó	Sí	☐	No	☐
19.	¿Ud. o alguno de sus familiares a asegurar toba bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique cuál o cuáles personas y la cantidad diaria, semanal o mensual que consume.	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				

ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES

1.	¿Algún familiar cercano del Asegurado padece o ha padecido de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación la información complementaria	Sí	☐	No	☐
----	---	----	--------------------------	----	--------------------------

Parentesco	Edad (si vive)	Detalles de la afirmación en la pregunta n° 1	Si falleció indicar causa y edad al fallecer

2.	Si mediante la presente se solicita seguro para el Cónyuge del Solicitante, responder: ¿Algún familiar cercano del Asegurado padece o ha padecido de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? Si la respuesta es afirmativa, indique a continuación la información complementaria.	Sí	☐	No	☐
----	---	----	--------------------------	----	--------------------------

Parentesco	Edad (si vive)	Detalles de la afirmación en la pregunta n° 1	Si falleció indicar causa y edad al fallecer

SALUD INDIVIDUAL REAL SEGUROS

PS-F002-05_2022

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

OTROS DATOS NECESARIOS

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 ☐

Nombre y Apellido	Empresa Aseguradora	Capital Asegurado

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 ☐

Nombre y Apellido	Empresa Aseguradora	Capital Asegurado

AUTORIZACIÓN PARA RECAUDAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD

Por este medio autorizo a Real Seguros, S.A., a solicitar mis registros médicos y/o los de mis dependientes, así como también cualquier historial de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerado considerada en el proceso de evaluación de riesgos con respecto a la solicitud de cobertura para mi persona y mis dependientes. Autorizo a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, la oficina de información médica (MIB), o cualquier otra organización i persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros Médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Real Seguros, S.A. Así mismo Autorizo a Real Seguros, S.A., a revelar información médica (MIB), las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones, solicitudes de reembolso y registros médicos que puedan contener información revelada conforme a esta autorización pueda volver a ser revelada y que la información, una vez divulgada, es posible que ya no está protegida por las leyes federales que rigen la privacidad y la confidencialidad. La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que Real Seguros, S.A. se basará en dicha información para:

1. Evaluar el riesgo de solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgos, emisión de la póliza e inscripción de todos los solicitantes.
2. Administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficiarios.
3. Administrar la cobertura.
4. Llevar a cabo otras operaciones de seguro conforme a la ley pertinente.

Entiendo que la capacidad de Real Seguros, S.A. para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria.

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					

SALUD INDIVIDUAL REAL SEGUROS

PS-F002-05_2022

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.

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 Corriente ☐ Ahorro ☐	Moneda Bs ☐ \$ ☐	Número de Cuenta
------------------	--	---	------------------

Datos del Intermediario

Nombres y Apellidos	Código
---------------------	--------