

Liberty Salud Total

Solicitud de Seguro N°	•
Fecha de la Solicitud:	

Solicitante Nombres y Apellidos / Razón Social: Tipo de Persona: Natural Jurídica Gubernamental Venezolana Extranjera Fecha de Nacimiento: C.I. N° o Rif.: Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Femenino Mascullino Dirección de Habitación: Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura Peso (Mis.) Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura Peso (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura Peso (Mis.) Grupo A Grividad Deportiva: Dirección de Cobro: E-mail Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Grividad Deportiva: Deportiva (Mis.) Femall Fermanino Actividad Económica / Ocupación: Deportiva (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura (Mis.) Grupo A Asegurar Nombres y Apellid		o: Hasta:	A	Frecuencia de pago: Anual: Semestral:		Suma Asegurada:			Deducib	le:	Coberturas Opcionales: Situaciones Extremas: Renta Diaria: Matemidad:				
Recha de Nacimiento: C.I. N° o Rif.: Estado Civil: Sottero Casado Viudo Divorciado Actividad Deportiva: Dirección de Habitación: Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Actividad Económica / Ocupación: Dirección de Cobro: Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Actividad Económica / Ocupación: Ciudad: Ciudad: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Actividad Económica / Ocupación: Actividad Económica / Ocupación: Actividad Económica / Ocupación: Sexo: Femenino Masculino Actividad Económica / Ocupación: Ciudad: Ciudad: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail	Solicitante														
Soltero Casado Viudo Divorciado Femenino Masculino Actividad Deportiva: Dirección de Habitación: Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Actividad Económica / Ocupación: Dirección de Cobro: Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura Peso Parentesco Actividad ¿Matemidad?	Nombres y Apellidos	s / Razón	Social:			•			Gubernar	A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O		Extranjera			
Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Actividad Económica / Ocupación: Dirección de Cobro: Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura Peso Parentesco Actividad Matemidad?	Fecha de Nacimient	to:	C.I. N° o R	if.:	and the same of th	asado Viu	ıdo 🔲 [Divorciado			200	ura: Peso:			
Dirección de Cobro: Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura Peso Parentesco Actividad ; Maternidad?	Actividad Deportiva:		Dirección o	de Habitaci	ón:										
Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura Peso Parentesco Actividad ; Maternidad?	Estado:	Ciu	dad:	Z	Zona Postal:	Teléfonos:		E-mail		Activid	ad Económica	/ Ocupación:			
Estado: Ciudad: Zona Postal: Teléfonos: E-mail Grupo A Asegurar Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura Peso Parentesco Actividad ; Maternidad?	Dirección de Cobro:		-												
Nombres y Apellidos: Cédula de Identidad: Fecha de Nacimiento: Sexo Estatura Peso Parentesco Actividad ; Maternidad?	Estado:	Ciu	dad:	Z	ona Postal:	Teléfonos		E-mail							
	Grupo A Asegura	ar					VV		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						
	Nombres y Apellidos:		Cédula de Identidad:		Fecha de N	lacimiento:	Sexo			Parentesco		¿Matemidad?			
					rain										
						*									
	340 - 340 - 34														
		1)			•								

Beneficiario en caso de fallecimiento de El Asegurado Titular:

C.I.:



¿Mantiene Ud. o alguna de las personas por incluirse en el	Seguro solicitado	o, en esta	u otra	Compa	anıa, ı	ari ocgi	ui O u			Sí		No	
omplete la siguiente Declaración de Salud en todas sus	partes	Titular	2	•		3°		4°		5°		6°	
¿Se le ha practicado alguna operación quirúrgica?	Sí	No 🗍	Sí	No	Sí	No 🗌	Sí	No	Sí	No	Si	_ No	<u> </u>
¿Tiene prevista alguna?	Si	No	Sí 📗	No	Sí	No 🔝	Sí	No	Sí	No	Sí	N)[
¿Han consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto?	Sí	No	Si	No 📗	Sí	No 📋	Sí	No	Si	No	Sí	N	, [
Según su más leal saber o entender. ¿Padecen ustedes actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o de	efecto?	No [SI	No	Sí	No 🗌	Sí	No [Sí	No	Si	N	, [
¿Alguna de las solicitantes está en estado de gravidez?	Sí	No	Sí	No 📗	Sí	No 🗍	Sí	No	Sí	No [Si	□ N) [
ratante y anexar informe médico y resultados de exámenes: mportante Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones entrega de la Póliza por La Compañía, o durante la vigencia de es derecho de rechazar la solicitud o anular el contrato, o de aplicar ut. Las declaraciones o información contenidas en esta solicitud, junto El Contrato entra en vigor al haber obtenido El Solicitante el recib	ta Póliza debe ser na tarifa modificada o con las condicione	orcionada participada de acuero es estableo	en esta a La C lo con u	solicituo ompañía n nuevo la Póli	d, entre a inme o conc za, cor	e la fech diatamer epto que	a de nte. En e La (la firma n tales c Compañía ntrato er	por e asos, forma tre El	l solicitar La Comp ará del n	nte y la pañía s esgo. te y•La	a em se rese a Com	isió erva
ratante y anexar informe médico y resultados de exámenes: mportante . Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones entrega de la Póliza por La Compañía, o durante la vigencia de es derecho de rechazar la solicitud o anular el contrato, o de aplicar us. Las declaraciones o información contenidas en esta solicitud, junto	ta Póliza debe ser ina tarifa modificada o con las condicione o correspondiente a (nos) han atendido a la vez mediante a de la Póliza. en, incluida la edad, an de ser incluidas s primas corresponda suscrita proviene	orcionada o participada de acuero es estableo la primero este acto este acto en la Póliz dientes.	en esta a La C lo con u idas en a prima nte para los relev atura y a. Me c	solicituo ompañía in nuevo la Pólia pagada i dar in vo de gi relación compron	d, entre a inme o conc za, cor a, firma nforma uardar a de pa neto a	e la fech diatamer epto que nstituirán ado por ción ace el secre arenteso aceptar o no tier	a de nte. En e La Co el co un recenta de to mé o, sor a su ne rela	la firma n tales ca compañía ntrato er epresenta e mis (r edico. n exactas presenta	por e asos, l forma tre El inte au uestra , com ción, la	I solicitar La Comp ará del n Solicitan utorizado as) enfer pletas y a Póliza	nte y la pañía s esgo. te y•La de La medad verdad o el co	a em se rese a Com des pa deras, ertificad	isiói erva apar apar asac y (
mportante Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones entrega de la Póliza por La Compañía, o durante la vigencia de es derecho de rechazar la solicitud o anular el contrato, o de aplicar una la declaraciones o información contenidas en esta solicitud, junto El Contrato entra en vigor al haber obtenido El Solicitante el recibi pero no antes de la fecha de efecto indicada en la Póliza. Autorización y Declaración Autorización y Declaración Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me presentes o que pueda padecer, estado físico e historia clínica, y Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de esper. Hago constar que las declaraciones e informaciones que antecedo no he omitido dato alguno sobre la salud de las personas que hay. La Compañía emite en base de la presente solicitud y de pagar la Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliz haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a derecho de rechazar la solicitud o anular el contrato, o de apla	ta Póliza debe ser ina tarifa modificada o con las condicione o correspondiente a (nos) han atendido a la vez mediante a de la Póliza. en, incluida la edada an de ser incluidas s primas corresponda suscrita proviene a que se refiere el Acar una tanta modifica.	orcionada o participada de acuero es estableo la primero este acto este acto este acto en la Póliz dientes. Este una fartículo 37 dificada de	en esta a La C lo con u idas en a prima nte para los relev atura y a. Me c uente lí de la L e acuero	solicituo ompañía in nuevo la Pólia pagada i dar in vo de gi relación compron cita y po ey Orgá do con	d, entre a inme o conc za, cor a, firma nforma uardar a de pa neto a or tant anica S	e la fech diatamer epto que nstituirán ado por ción ace el secre arentesca aceptar so no tier sobre Su	a de nte. En el co un re erca de to mé o, sor a su ne rela	la firma n tales co compañía ntrato er epresenta e mis (r edico. n exactas presenta ación alg ias Estu	por e asos, forma tre El inte au uestra , com ción, la una co pefacio	I solicitar La Comp ará del n Solicitan utorizado as) enfer pletas y a Póliza on dinera entes y F	nte y la pañía sesgo. te y•La de La medado verdado el cono, capo el cono.	a em se rese a Com des pa deras, ertificad ítales, ópicas	isió ipai ipai ipai inpa isac y (i
ratante y anexar informe médico y resultados de exámenes: mportante Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones entrega de la Póliza por La Compañía, o durante la vigencia de es derecho de rechazar la solicitud o anular el contrato, o de aplicar u Las declaraciones o información contenidas en esta solicitud, junto El Contrato entra en vigor al haber obtenido El Solicitante el recibipero no antes de la fecha de efecto indicada en la Póliza. Autorización y Declaración Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me presentes o que pueda padecer, estado físico e historia clínica, y Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de esperono he omitido dato alguno sobre la salud de las personas que hay La Compañía emite en base de la presente solicitud y de pagar la Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliz haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a derecho de rechazar la solicitud o anular el contrato, o de apl	ta Póliza debe ser ina tarifa modificada o con las condicione o correspondiente a (nos) han atendido a la vez mediante a de la Póliza. en, incluida la edad an de ser incluidas s primas corresponda suscrita proviene a que se refiere el A	orcionada o participada de acuero es estableo la primero este acto este acto este acto en la Póliz dientes. e de una fartículo 37	en esta a La C lo con u idas en a prima nte para los relev atura y a. Me c uente lí de la L e acuero	solicituo ompañía in nuevo la Pólia pagada i dar in vo de gi relación compron cita y po ey Orgá do con	d, entre a inme o conc za, con a, firma nforma uardar a de pa neto a or tant anica S el nue	e la fech diatamer epto que nstituirán ado por ción ace el secre arentesca aceptar so no tier sobre Su	a de nte. En el co un re erca de to mé o, sor a su ne rela	la firma n tales co compañía ntrato er epresenta e mis (r edico. n exactas presenta ación alg ias Estu	por e asos, forma tre El inte au uestra , com ción, la una co pefacio	I solicitar La Comp ará del n Solicitan utorizado as) enfer pletas y a Póliza on dinera entes y F	nte y la pañía sesgo. te y•La de La medado verdado el cono, capo el cono.	a em se rese a Com des pa deras, ertificad ítales, ópicas	isión ipai ipai inpa inpa isac y (do (bie