



Liberty Salud Total

Solicitud de Seguro N°: _____

Fecha de la Solicitud: _____

Vigencia del Seguro:
Desde: _____ Hasta: _____

Frecuencia de pago:
Anual: _____
Semestral: _____

Suma Asegurada: _____

Deducible: _____

Coberturas Opcionales:
Situaciones Extremas:
Renta Diaria:
Maternidad:

Solicitante

Nombres y Apellidos / Razón Social: _____

Tipo de Persona:
Natural Jurídica Gubernamental

Nacionalidad:
Venezolana Extranjera

Fecha de Nacimiento: _____

C.I. N° o Rif.: _____

Estado Civil:
Soltero Casado Viudo Divorciado

Sexo:
Femenino Masculino

Estatura: _____ Peso: _____

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 (Mts.) | Peso (Kgs.) | Parentesco | Actividad Deportiva | ¿Maternidad? |
|----------------------|----------------------|----------------------|------|-----------------|-------------|------------|---------------------|--------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Beneficiario en caso de fallecimiento de El Asegurado Titular: _____

C.I.: _____



Seguros Caracas
de Liberty Mutual

¿Mantiene Ud. o alguna de las personas por incluirse en el Seguro solicitado, en esta u otra Compañía, un Seguro de Salud? Sí No

Complete la siguiente Declaración de Salud en todas sus partes

| | Titular | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿Se le ha practicado alguna operación quirúrgica? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene prevista alguna? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Han consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Según su más leal saber o entender. ¿Padecen ustedes actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna de las solicitantes está en estado de gravedad? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

En caso de ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, explique en detalle: Nombre de la persona, fecha, tipo de tratamiento o intervención efectuada, medico tratante y anexar informe médico y resultados de exámenes:

Importante

1. Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionada en esta solicitud, entre la fecha de la firma por el solicitante y la emisión y entrega de la Póliza por La Compañía, o durante la vigencia de esta Póliza debe ser participada a La Compañía inmediatamente. En tales casos, La Compañía se reserva el derecho de rechazar la solicitud o anular el contrato, o de aplicar una tarifa modificada de acuerdo con un nuevo concepto que La Compañía formará del riesgo.
2. Las declaraciones o información contenidas en esta solicitud, junto con las condiciones establecidas en la Póliza, constituirán el contrato entre El Solicitante y La Compañía. El Contrato entra en vigor al haber obtenido El Solicitante el recibo correspondiente a la primera prima pagada, firmado por un representante autorizado de La Compañía, pero no antes de la fecha de efecto indicada en la Póliza.

Autorización y Declaración

1. Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presentes o que pueda padecer, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar el secreto médico.
2. Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de espera de la Póliza.
3. Hago constar que las declaraciones e informaciones que anteceden, incluida la edad, peso, estatura y relación de parentesco, son exactas, completas y verdaderas, y que no he omitido dato alguno sobre la salud de las personas que hayan de ser incluidas en la Póliza. Me comprometo a aceptar a su presentación, la Póliza o el certificado que La Compañía emite en base de la presente solicitud y de pagar las primas correspondientes.
4. Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere el Artículo 37 de la Ley Orgánica Sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. derecho de rechazar la solicitud o anular el contrato, o de aplicar una tarifa modificada de acuerdo con el nuevo concepto que la Compañía tomará del riesgo.

| | | | |
|--------------|---------|-----------------|--------|
| Productores: | Código: | % Participación | Firma: |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Lugar: _____ Fecha: _____ Firma del Solicitante: _____