



NUEVOMUNDO
Seguros

Mundopersonas
salud
Bienstar Siglo XXI

SOLICITUD

INDIVIDUAL COLECTIVO

VIGENCIA SOLICITADA:	
Desde / /	Hasta: / /

(EN BASE A LA INFORMACION SOLICITADA A CONTINUACION, LA COMPAÑIA TOMARA LA DECISION DE ACEPTAR O NO EL RIESGO, ES POR ELLO QUE AGRADECEMOS QUE ESTA SOLICITUD SEA LLENADA EN TODAS SUS PARTES)

I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellidos y Nombres:				Cédula de identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
Fecha Nacimiento: / /	País Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Profesión u Oficio:	
Dirección de Habitación:					
			Ciudad:	Estado:	
Nombre de la Empresa donde Trabaja:				Fecha de Empleo: / /	
Cargo u Ocupación:	Ingreso Mensual:	Dirección de la Empresa:			
			R.I.F Nº:	Filial, Sucursal u Oficina:	
Estado:	Distrito:	Ciudad:		Apartado Postal:	
Dirección de Cobro: Hab. <input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>				Teléfono Habitación:	Teléfono Oficina:

II. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

Cod. Fam.	APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTATURA	PESO
01		TITULAR		/ /				
02				/ /				
03				/ /				
04				/ /				
05				/ /				
06				/ /				
07				/ /				
08				/ /				
09				/ /				
10				/ /				
11				/ /				
12				/ /				

III. COBERTURAS SOLICITADAS

NOMBRE PLAN BASICO	ANEXO GASTOS MEDICOS SUPERIORES			GRUPO FAMILIAR ASEGURADO										PRIMA ANUAL Bs.
	LIMITE DE COBERTURA	DEDUCIBLE	REEMBOLSO (%)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
Sub-Total														

AMPARO SUPERIOR PARA LA SALUD

NOMBRE DEL PLAN	LIMITE DE COBERTURA	DEDUCIBLE	REEMBOLSO (%)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	PRIMA ANUAL Bs.
Sub-Total														

AMPARO SUPERIOR PARA LA SALUD - "PLAN ESPECIAL"

NOMBRE DEL PLAN	LIMITE DE COBERTURA	DEDUCIBLE	REEMBOLSO (%)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	PRIMA ANUAL Bs.
Sub-Total														

A NEX O S	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	REEMBOLSO (%)	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	PRIMA ANUAL Bs.
Maternidad														
Vida														
Accidentes Personales														
Otros:														
Sub-Total														

Prima Total "GRUPO FAMILIAR" →

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA:	FINANCIAMIENTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
----------------------------	---

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

CODIGO DEL ASEGURADO	APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA DE IDENTIDAD	PARENTESCO	DISTRIBUCION PORCENTUAL (%)	
				VIDA	ACCIDENTE

SOLO PARA USO DE LA COMPAÑIA

CALCULOS REVISADOS POR: _____	FECHA: _____
OBSERVACIONES: _____	

IV. INFORMACION ADICIONAL SUMINISTRADA POR EL SOLICITANTE:

¿Es la primera vez que solicita una Póliza de seguros que cubra los gastos médicos? SI NO

En caso negativo, indique si la Póliza está en vigor o la fecha de anulación, Compañía de Seguros y su número: _____

¿Está el solicitante o alguno de los beneficiarios asegurables inscritos en un Seguro Individual o Colectivo de Salud? SI NO

En caso afirmativo detalle: _____

¿Practica algún deporte? SI NO En caso afirmativo detalle: _____

¿Tiene usted otra(s) Póliza(s) de Seguro en la Compañía? SI NO En caso afirmativo indique el(los) número(s) de la(s) misma(s) y Ramo: _____

PADECEN O HAN PADECIDO DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES:	SI	NO
A) Enfermedades en el sistema digestivo (gastritis, úlceras, trastornos hepáticos, vesícula biliar, litiasis, hemorroides, páncreas, colon, recto, esófago)		
B) Enfermedades cardiovasculares (tensión alta, infarto, angina de pecho, arteroesclerosis, insuficiencias coronarias o cardíacas, tromboflebitis, afecciones vasculares, fiebre reumática, soplos, hemorragias cerebrales)		
C) Enfermedades respiratorias (tos crónica, asma bronquial, bronquitis, tuberculosis, enfisema, insuficiencia respiratoria, neumonía)		
D) Enfermedades de la piel, ojos, nariz, oídos, garganta (desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, amigdalitis, rinitis)		
E) Enfermedades venéreas, contagiosas o infecciosas		
F) Trastornos endocrinos (diabetes, obesidad, hipofisis, paratiroides, suprarrenales)		
G) Trastornos neuropsiquiátricos (epilepsia, apoplejía, hemiplejía, convulsiones, parálisis, retardo mental, psicosis, polineuritis, síndrome de Down, alcoholismo)		
H) Trastornos renales o del sistema urinario (cálculo, próstata, uretra, riñones, vejiga, varicocele, incontinencia urinaria, enfermedades en los órganos reproductores)		
I) Trastornos en la sangre, tumores, cáncer		
J) Enfermedades osteomusculares (desviación de la columna, artritis, reumatismo, hernias discales y hernias de otro tipo)		
K) Enfermedades propias de la mujer (alteraciones menstruales, fibroma, glándulas mamarias, trompas, ovarios, útero, prolapso, endometriosis)		
L) Defectos físicos congénitos o adquiridos (trastornos del desarrollo psicossomático, dificultades motrices)		
M) ¿Alguna enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas anteriores?		

ALGUNA VEZ O ALGUNO DE USTEDES:

A) ¿Se le(s) ha(n) practicado alguna intervención quirúrgica?		
B) ¿Ha(n) sido hospitalizado(s) o ha(n) consultado a un médico en los últimos dos (2) años?		
C) ¿Se ha(n) practicado exámenes especiales de diagnóstico, radiografías, electrocardiogramas o exámenes de laboratorio en los últimos dos (2) años?		
D) ¿Ha(n) tenido accidentes, heridas o fracturas?		

En el siguiente espacio, indique el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) de acuerdo al punto III de esta solicitud, de detalles de cada una de las preguntas contestadas "SI" en el punto anterior, donde indicará: causa o diagnóstico, fecha de inicio, duración (meses), tratamiento efectuado, nombre del médico, clínica y estado actual de su salud:

¿Tiene(n) prevista alguna intervención quirúrgica o tratamiento en los próximos seis (6) meses? SI NO Especifique: _____

¿Está alguna de las personas por incluir en estado de gravidez? SI NO Fecha del último parto: _____

¿Ha tenido cesárea? SI NO Cuántas: _____ ¿Ha tenido abortos? SI NO Cuántos: _____

En los próximos diez (10) meses piensa alguno de ustedes viajar al exterior para recibir atención médica? SI NO

Especifique País y atención médica requerida: _____

Nombre dos (2) Clínicas o centros hospitalarios a los cuales concurren regularmente o asistirían en caso de requerir atención médica:

V. DECLARACION (Lea cuidadosamente la presente Declaración antes de firmar esta Solicitud).

Yo, en mi carácter de solicitante y en representación de mis familiares inscritos en esta Solicitud, declaro que he leído cuidadosa y totalmente las preguntas consignadas en el cuestionario precedente y doy fe que las respuestas e informaciones por mí proporcionadas son verdaderas, completas y exactas. Asimismo declaro que no he omitido ningún hecho ni circunstancia que pueda modificar la opinión de la Compañía Aseguradora sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado. Igualmente autorizo a la Compañía para que solicite a cualquier Médico, Clínica y Centro de Diagnóstico, que me hayan tratado o me traten en lo futuro, a mi o cualquier persona incluida en esta solicitud para que le proporcionen cualquier información que pueda requerir al respecto.

Lugar: _____ Fecha: _____ de _____ de 19 _____

NOMBRE DEL PRODUCTOR
CODIGO:

FIRMA DEL SOLICITANTE

Nota: Si los datos e informaciones requeridas en esta Solicitud no fueren proporcionadas completamente, su tramitación quedará diferida hasta tanto se cumpla con dicho requisito.

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Información Completa Información Faltante

Exámenes médicos requeridos por el Dr.: _____ Para el Asegurable: _____

RELACION DE EXAMENES: _____

Resultado de los Exámenes: _____

Emisión autorizada por: _____ Con Vigencia: ____ / ____ / ____

Firma del Médico

OBSERVACIONES: _____