



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Fecha: ____ / ____ / ____

Nueva Afiliación

Renovación

RIF-J30541557-9

DATOS DEL CONTRATANTE

Tipo de persona
Natural Jurídica

Nombre y Apellidos o Razón Social: _____ C.I. o RIF: _____

Fecha de Registro: _____ Número de Registro: _____ Tomo: _____ Representante: _____

Dirección de Habitación: _____

Tlf. _____ Móvil Cel: _____ Email: _____

Dirección de Oficina: _____

Tlf. _____ Móvil Cel: _____ Email: _____

Actividad Económica: Público Privado Industrial Capacidad Económica o Financ.: _____

Comercial: Ramo _____ Libre Ejercicio Ingresos mensuales: _____

Carácter con el que actúa: _____ Profesión: _____ Oficio u Ocupación: _____

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Nombre: _____ Apellidos: _____ C.I.: _____

Pasaporte: _____

Estado civil: S C D V Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección de Habitación: _____

Tlf. _____ Móvil Cel: _____ Email: _____

Dirección de Oficina: _____

Tlf. _____ Móvil Cel: _____ Email: _____

Actividad Económica: Público Privado Industrial Capacidad Económica o Financ.: _____

Comercial: Ramo _____ Libre Ejercicio Ingresos mensuales: _____

Carácter con el que actúa: _____ Profesión: _____ Oficio u Ocupación: _____

PLANES Y COBERTURA

Plan Seleccionado: _____ Monto de Cobertura Bs. _____ Cuota Anual Contrato Bs. _____

Vigencia del Contrato: Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

DATOS DE LOS AFILIADOS FAMILIARES

Nombre y Apellido	Parentesco	F. Nac.:	C.I.:	Sexo:	Edad:	Tarifa Anual Bs.
TOTAL AFILIADO FAMILIAR Bs.						

DATOS DEL ASESOR DE VENTAS

Apellidos y Nombre: _____ Código ____ Tlf. _____ E-Mail: _____

CUOTAS DE AFILIACIÓN

Cuota Anual Contrato Bs. _____ Inicial Bs. _____ (%) No. de Cuotas ____ c/u Bs. _____

Doy Fe que el dinero utilizado para el pago de las cuotas del presente contrato provienen 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 derivadas de operaciones ilícitas.

"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia No.FSAA-2-5-001950 de fecha 07 de agosto de 2014, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 40.497, de fecha 15 de septiembre de 2014"

DECLARACION DE SALUD

Marque con una X	SI	NO
¿Sufrió usted o alguno de los afiliados familiares del contrato, en los últimos 5 años algun accidente y / o intervención quirúrgica?		
¿Usted o alguno de los afiliados familiares del contrato, adolecen algun defecto físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertension arterial, insuficiencia renal, diabetes, hepatitis ?		
¿Goza usted y los afiliados familiares del contrato de buena salud ?		

En caso de ser afirmativa alguna de las dos primeras preguntas o negativa la tercera, explique en detalle

Nombre de la persona, tipo de tratamiento o intervención efectuada (anexe informe médico)

Y en caso de intervención quirúrgica, anexe resultado de anatomía patológica

¿ Están algunas de las personas del grupo a afiliarse, en estado de gravidez, o planean algun tratamiento o intervención quirúrgica? Explique

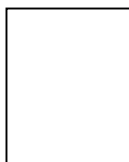
¿Practica algún deporte? Si No En caso afirmativo, nómbrelos e indique si los ejecuta por hobby o profesionalmente

IMPORTANTE: Las declaraciones o informaciones contenidas en esta solicitud junto con las condiciones contenidas en el contrato, contituiran las bases de dicho contrato entre el solicitante y la compañía. El contrato entrará en vigencia a haber obtenido el solicitante el recibo correspondiente a la primera cuota pagada, firmado por un representante autorizado de la compañía . Pero no antes de la fecha de efecto indicada en el contrato. Toda declaracion falsa de hechos o circunstancias conocidas por el afiliado titular o afiliado familiar que hubiera podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, trae consigo la nulidad del mismo.

NOTA: Para el mejor manejo de la información contenida, en esta solicitud, le agradecemos no hacer tachaduras ni enmiendas.

AUTORIZACION Y COMPROMISO: Autorizo a las Compañías o Instituciones, para suministrar a Salud Vital, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a Salud Vital, a recabar cualquier informacion relacionada con el riesgo y a verificar los datos de esta solicitud de Servicios Médicos Integrales

Maracaibo, _____ de _____ de _____



Firma del Propuesto

**Huella Dactilar del
Propuesto afiliado**

Afiliado Titular

**Titular
(OBLIGATORIO)**

Firma del Asesor- Código

