



RIF-J30541557-9

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Nueva afiliación  Renovación

**DATOS DEL CONTRATANTE**

<b>Tipo de persona</b> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		<b>Nombre y Apellidos o Razón Social:</b>		<b>C.I. o RIF:</b>	
<b>Fecha de registro:</b>		<b>Número de Registro:</b>		<b>Tomo:</b>	<b>Representante:</b>
<b>Dirección de Habitación:</b>					
<b>Teléfono</b>		<b>Móvil Cel:</b>		<b>Email:</b>	
<b>Dirección de Oficina:</b>					
<b>Teléfono</b>		<b>Móvil Cel:</b>		<b>Email:</b>	
<b>Actividad económica</b> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>				<b>Capacidad económica o financiera:</b>	
<b>Ramo Comercial:</b>		<b>Carácter con el que actúa:</b>		<b>Profesión:</b>	<b>Oficio u Ocupación:</b>

**DATOS DEL AFILIADO TITULAR**

<b>Nombres</b>		<b>Apellidos</b>		<b>C.I.:</b>	<b>Pasaporte:</b>
<b>Estado Civil</b> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		<b>Edad</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Dirección de Habitación:</b>					
<b>Teléfono:</b>		<b>Móvil Cel:</b>		<b>Email:</b>	
<b>Dirección de Oficina:</b>					
<b>Teléfono:</b>		<b>Móvil Cel:</b>		<b>Email:</b>	
<b>Actividad económica</b> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>				<b>Capacidad económica o financiera</b>	
<b>Ramo Comercial:</b>		<b>Carácter con el que actúa:</b>		<b>Profesión:</b>	<b>Oficio u Ocupación:</b>

**PLANES Y COBERTURA**

<b>Plan Seleccionado</b>		<b>Monto de Cobertura Bs.</b>		<b>Cuota Anual Contrato Bs.</b>	
<b>Vigencia del Contrato:</b>		<b>Desde: __/__/__</b>		<b>Hasta: __/__/__</b>	

**DATOS DE LOS AFILIADOS FAMILIARES**

Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento	C.I.:	Sexo:	Edad	Tarifa Anual \$.
<b>TOTAL AFILIADO FAMILIAR \$.</b>						

**DATOS DEL ASESOR DE VENTAS**

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Email</b>
----------------------------	---------------	-----------------	--------------

**CUOTAS DE AFILIACIÓN**

<b>Cuota Anual Contrato \$</b>	<b>Inicial \$</b>	<b>%</b>	<b>N° de Cuotas.</b>	<b>C/U \$</b>
--------------------------------	-------------------	----------	----------------------	---------------

Doy Fe que el dinero utilizado para el pago de las cuotas del presente contrato 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 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"

**DECLARACIÓN DE SALUD**

**Marque con una "X"**

Sí	No
----	----

¿Sufrió o se le practicó a Usted o alguno de los afiliados familiares en el contrato, algún accidente o intervención quirúrgica?

¿Usted o alguno de los afiliados familiares del contrato, adolecen algún defecto físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión 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 algún tratamiento o intervención quirúrgica? Explique.

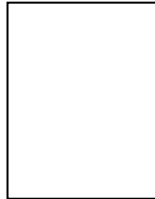
¿Practica algún deporte? En caso afirmativo, nómbrelos e indique si los ejecuta por hobby o profesionalmente.

**IMPORTANTE:** Las declaraciones o informaciones contenidas en esta solicitud junto con las condiciones contenidas en el contrato, constituirán 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 declaración 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:** El llenado de la presente solicitud, no debe llevar enmiendas ni tachaduras.

**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 información relacionada con el riesgo y a verificar los datos de esta solicitud de Servicios Médicos Integrales.

Maracaibo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Afiliado  
Titular

Huella Dactilar del  
Propuesto afiliado Titular  
**(OBLIGATORIO)**

\_\_\_\_\_  
Firma del Asesor-Código



RIF-J30541557-9

**CUESTIONARIO DE SALUD  
NUEVAS AFILIACIONES**

**DATOS DEL GRUPO A ASEGURAR EN LA PÓLIZA**

N°.	Apellidos y Nombres	Parentesco	N° de C.I. o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso	Solicita Cobertura de Maternidad	
1		Titular						Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2								Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3								Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4								Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5								Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6								Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**OTRAS PÓLIZAS CONTRATADAS DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD (SALUD).**

N°.	Póliza N°.	Empresa de Seguros	Suma Asegurada (Bs.)	La Póliza está:		Si la Póliza está anulada, indique Causa de Anulación
				Vigente	Anulada	
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**DECLARACIÓN DE SALUD (GRUPO A ASEGURAR INCLUYENDO TITULAR).**

En caso de respuesta afirmativa a alguna pregunta, por favor en la sección "Observaciones" de esta Solicitud, indique el número de la pregunta y detalle la información solicitada y el nombre del asegurado a incluir a quien corresponde tal respuesta afirmativa.

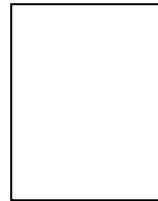
1. ¿Usted y/o alguna de las personas a incluir en el seguro tiene planeado tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas? Si la respuesta es Sí, indique tipo de tratamiento o intervención a practicarse y fecha estimada.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha presentado usted y/o alguna de las personas a incluir en el seguro un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad (Salud)? Si la respuesta es Sí, indique fecha, empresa aseguradora y causa del reclamo.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (por ejemplo: heroína, cocaína, marihuana)? Si la respuesta es Sí, indique la sustancia y frecuencia de uso.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha tenido algún cambio significativo de peso (más o menos 5 Kg. de variación de su peso habitual) en los últimos cinco (5) años? Si la respuesta es Sí, indique cuál ha sido la variación de peso registrada.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha sido donante de órganos? Si la respuesta es Sí, indique fecha y órgano donado.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha recibido en donación algún órgano o transfusión de sangre? Si la respuesta es Sí, indique fecha y órgano recibido.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha estado hospitalizado o internado como paciente en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos cinco (5) años? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique fecha, motivo de la estancia, nombre del hospital, clínica o sanatorio y médico tratante.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro se ha practicado algún chequeo y/o consulta médica en los últimos cinco (5) años? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique fecha y motivo del chequeo o consulta médica.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro se ha practicado alguna cirugía o intervención quirúrgica? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique fecha y motivo de la misma. <u>Fecha de la cirugía o intervención quirúrgica:</u> <u>Motivo de la cirugía o intervención quirúrgica:</u>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Practica usted o alguna de las personas a incluir en el seguro algún deporte o actividad que podría atentar contra su integridad física (por ejemplo: submarinismo, carreras motorizadas, alpinismo, hipismo, paracaidismo, vuelo en Icaro, espeleología)? En caso de que su respuesta sea afirmativa, detalle el deporte o actividad.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿Usted o alguna de las personas a incluir en el seguro sufre o ha sufrido alguna vez de... (En caso afirmativo escoja la casilla "Sí" de la enfermedad que corresponda e indique más abajo en la sección de "Observaciones", la persona a incluir en el seguro que ha sufrido de la enfermedad).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
a. Enfermedades de la piel (dermatitis, vitiligo, nevus, carcinoma baso), ojos (glaucoma, estrabismo, cataratas), oídos, nariz, o garganta (desviación del tabique nasal, sinusitis, amigdalitis, rinitis, otitis, hipertrofia de cornetes, timpanocentesis, timpanoplastia).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. Enfermedades respiratorias: roncquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía, neumonía, bronconeumonía, neumotórax, derrame pleural, absceso pulmonar, tromboembolismo pulmonar, hipertensión pulmonar, apnea del sueño.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, infarto al miocardio, arritmia cardiaca, palpitaciones, agina de pecho, fiebre reumática, arterioesclerosis, insuficiencia cardiaca, síncope, pericarditis, trastornos valvulares, tromboflebitis, várices), cardiopatía isquémica.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. Enfermedades digestivas: esofagitis, hernia hiatal, gastritis, úlcera péptica, afecciones hepáticas (absceso hepático, hepatitis viral aguda o crónica, cirrosis hepática), cálculos vesiculares, hemorroides, alteraciones pancreáticas (pancreatitis, fibrosis quística, tumor de páncreas), recto (fisura y absceso anal), enfermedad diverticular de colon, recto colitis ulcerosa, poliposis colónica y gástrica, alergia gastrointestinal.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e. Enfermedades genito-urinarias: albúmina, sangre, pus o infecciones en la orina (cistitis, pielonefritis, cálculos y otra alteración en los riñones, vejiga o próstata, varicocele, fimosis, parafimosis, enfermedad congénita del riñón y la uretra).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
f. Enfermedades de transmisión sexual: VPH genital, infecciosas o parasitarias (paludismo, disentería, Chagas, hepatitis, meningitis, amebiasis, bilharzia).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
g. Enfermedades de la mujer: sangramiento genital, fibroma uterino, endometriosis, prolapso genital, incontinencia urinaria, afecciones en las trompas y/o ovarios (quiste de ovarios), glándulas mamarias (fibroadenomas, enfermedad quística mamaria, galactorrea), osteoporosis, osteopenia, enfermedad inflamatoria pélvica, pólipos endometriales.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
h. Enfermedades osteomusculares: neuritis, lumbociatalgia, gota, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, osteoartritis, hernias discales, desviación de la columna vertebral, trastornos de los ligamentos de las rodillas y meniscos, bursitis, síndrome del manguito rotador.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
i. Enfermedades del sistema endocrino: hiperinsulinismo, diabetes, obesidad, hipofísis, tiroides (bocio, tiroiditis, hipertiroidismo, hipotiroidismo), alteraciones del colesterol y triglicéridos.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

j. Enfermedades del sistema nervioso: epilepsia, convulsiones, parálisis, retardo mental, mareos, polineuropatías, vértigos, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, miastenia gravis.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
k. Enfermedades hematológicas: anemia, mieloma múltiple, púrpura trombocitopénica, trasplante de médula ósea.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
l. Ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores benignos, adenomas benignos de la mama. mononucleosis infecciosa, citomegalovirus, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
m. Cáncer.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
n. Defecto físico, anomalía o enfermedad congénita o adquirida.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
o. Trastornos del desarrollo psíquico y/o somático.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
p. Alteración en la menstruación o en algún embarazo, en los órganos femeninos o en los senos.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
q. Cualquier otra enfermedad o afección no indicada en los literales anteriores. Por favor detalle.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Algún familiar de usted o de alguna de las personas a incluir en el seguro ha padecido de tuberculosis, diabetes, cáncer, enfermedades del corazón o de los riñones, enfermedad mental o ha cometido suicidio? En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique los datos que se solicitan en la siguiente tabla:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna de las mujeres a ser incluidas en el seguro está embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES**

Si algunas de las preguntas anteriores fueron contestadas afirmativamente, identifique la persona a incluir en el seguro que se afectó y detalle. En caso de enfermedades, describa diagnóstico, fecha, duración, nombre y dirección de los médicos que lo atendieron. Adjunte informe médico o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones y/o documentos relacionados con la enfermedad y/o padecimiento declarado.

Huellas Dactilares



\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Afiliado  
Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Asesor

C.I.:

Código: