



COMPAÑÍA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA – MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACION Y FINANZAS BAJO EL N° 118 – R.I.F. J-30668450-6. AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4ta AVENIDA, TORRE SEGUROS QUALITAS, LOS PALOS GRANDES, CARACAS, DISTRITO CAPITAL INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL SEGUNDO DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL DISTRITO FEDERAL Y ESTADO MIRANDA, EN FECHA 4 DE ENERO DE 2000, BAJO EL N°25, TOMO 1-A-S GDO.

## SOLICITUD DE SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

| Tipo de Póliza         |                | Individual <input type="checkbox"/> |                                       |   |   |                                    | Colectivo <input type="checkbox"/> |   |   |   |  |
|------------------------|----------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|---|------------------------------------|------------------------------------|---|---|---|--|
| Fecha de Solicitud / / | N° Póliza      | Vigencia                            | Desde 12M.                            | D | M | A                                  | Hasta 12M.                         | D | M | A |  |
| Oficina                | N° Certificado | Emisión <input type="checkbox"/>    | Modificación <input type="checkbox"/> |   |   | Inclusión <input type="checkbox"/> |                                    |   |   |   |  |

### A.- DATOS DEL TOMADOR

#### PERSONA NATURAL

|                          |  |                        |   |   |                        |                                   |  |
|--------------------------|--|------------------------|---|---|------------------------|-----------------------------------|--|
| 1 <sup>er</sup> Apellido | 2 <sup>do</sup> Apellido o de Casada                           | 1 <sup>er</sup> Nombre |   |   | 2 <sup>do</sup> Nombre |                                   |  |
| C.I. N° Pasaporte        | Lugar y Fecha de Nacimiento                                    | Edad                   | Sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |   | Estado Civil           |                                   |  |
| Profesión u Ocupación    | Actividad Económica, Comercial o Profesional. Especifique Ramo |                        |   | Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> |                        | Empleado <input type="checkbox"/> |  |
| Dirección de Habitación  |  |                        |   |   |                        |                                   |  |
| Estado                   | Ciudad   | Municipio              | E-mail  |   |                        |                                   |  |
| Dirección de Oficina     |  |                        |   |   |                        |                                   |  |
| Estado                   | Ciudad   | Municipio              | E-mail  |   |                        |                                   |  |
| Teléfono Habitación      | Teléfono Oficina   | Teléfono Celular       | Ingreso Promedio Anual (Bs)                                   |   |                        |                                   |  |

#### PERSONA JURÍDICA

|   |                                       |           |             |                               |  |  |          |
|---|---------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------------|--|--|----------|
| Nombre ó Razón Social (indicar siglas si las tiene) |                                       |           |             |                               |  |  |          |
| Fecha de Constitución / /                           | Registro Mercantil _____              |           |             | Tomo _____                    |  |  | N° _____ |
| N° R.I.F.   | Actividad Económica. Especifique Ramo |           |             | Ingreso Promedio Mensual (Bs) |  |  |          |
| Representante Actual                                |                                       |           |             |                               |  |  |          |
| Dirección de Cobro                                  |                                       |           |             |                               |  |  |          |
| Estado  | Ciudad                                | Municipio | Zona Postal |                               |  |  |          |
| Teléfono Oficina                                    | Teléfono Celular                      | Fax       | E-mail      |                               |  |  |          |

### B.- DATOS DEL REPRESENTANTE DEL TOMADOR – PERSONA JURÍDICA

|  |                                      |                        |                             |   |                        |                                   |  |
|--|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------|---|------------------------|-----------------------------------|--|
| 1 <sup>er</sup> Apellido   | 2 <sup>do</sup> Apellido o de Casada | 1 <sup>er</sup> Nombre |                             |   | 2 <sup>do</sup> Nombre |                                   |  |
| C.I. N° Pasaporte  | Lugar y Fecha de Nacimiento          | Edad                   | Estado Civil                | Sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |                        | Empleado <input type="checkbox"/> |  |
| Profesión u Ocupación/Actividad Económica, Comercial o Profesional. Especifique Ramo |                                      |                        | Dirección de Habitación     |   |                        |                                   |  |
| Dirección de Oficina   |                                      |                        |                             |   |                        |                                   |  |
| Teléfono Habitación  | Teléfono Oficina                     | Teléfono Celular       | Ingreso Promedio Anual (Bs) |   |                        |                                   |  |

**C.- DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

|  |  |                                      |        |                        |  |   |  |
|--|--|--------------------------------------|--------|------------------------|--|---|--|
| 1 <sup>er</sup> Apellido   |  | 2 <sup>do</sup> Apellido o de Casada |        | 1 <sup>er</sup> Nombre |  | 2 <sup>do</sup> Nombre  |  |
| C.I. N° Pasaporte  |  | Lugar y Fecha de Nacimiento          |        | Edad                   |  | Estado Civil  |  |
| Estatura (Mt)  |  | Peso (Kg)                            |        | Profesión              |  | Actividad Económica, Comercial o Profesional.<br>Especifique Ramo |  |
| Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> |  |                                      |        | Ingreso Anual Bs.      |  | Sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>     |  |
| Dirección de Habitación  |  |                                      |        |                        |  |   |  |
| Estado   |  |                                      | Ciudad |                        |  | Municipio   |  |
| Dirección de Oficina   |  |                                      |        |                        |  |   |  |
| Estado   |  |                                      | Ciudad |                        |  | Municipio   |  |
| Teléfono Habitación  |  | Teléfono Oficina                     |        | Teléfono Celular       |  | E-mail  |  |

**D.- PAGO DE SINIESTRO POR TRANSFERENCIA BANCARIA**

Autorizo a depositar en la cuenta: Corriente  Ahorro  Nro. \_\_\_\_\_  
 Perteneciente a: \_\_\_\_\_ Titular de la C.I.: \_\_\_\_\_  
 Del Banco: \_\_\_\_\_ el importe correspondiente al pago de cualquier siniestro.

**E.- ASEGURADOS A INCLUIR**

| N° | Apellidos y Nombres | C.I. N° Pasaporte | Fecha de Nacimiento | Sexo M/F | Estatura (Mt): | Peso (Kg): | Parentesco |
|----|---------------------|-------------------|---------------------|----------|----------------|------------|------------|
| 1  |                     |                   |                     |          |                |            |            |
| 2  |                     |                   |                     |          |                |            |            |
| 3  |                     |                   |                     |          |                |            |            |
| 4  |                     |                   |                     |          |                |            |            |
| 5  |                     |                   |                     |          |                |            |            |
| 6  |                     |                   |                     |          |                |            |            |
| 7  |                     |                   |                     |          |                |            |            |
| 8  |                     |                   |                     |          |                |            |            |

**F.- COBERTURAS SOLICITADAS****Hospitalización, Cirugía y Maternidad**

|  |  |               |  |   |  |
|--|--|---------------|--|---|--|
| Suma Asegurada a Contratar Bs.   |  | Deducible Bs. |  | Suma Asegurada de Maternidad (Opcional) Bs. |  |
| Forma de Pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> |  |               |  |   |  |

**G.- BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR**

| N° | Apellidos y Nombres | C.I. N° Pasaporte | Parentesco | % Participación |
|----|---------------------|-------------------|------------|-----------------|
| 1  |                     |                   |            |                 |
| 2  |                     |                   |            |                 |
| 3  |                     |                   |            |                 |
| 4  |                     |                   |            |                 |

| H.- COMPLETE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO EN TODAS SUS PARTES  |                     |              | SI                                    | NO    |           |         |
|---|---------------------|--------------|---------------------------------------|-------|-----------|---------|
| 1.- Por favor indique si usted o alguno de los familiares a incluir padecen, han padecido o están bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones o enfermedades:                         |                     |              |                                       |       |           |         |
| a) Asma, alergias, enfisema, bronquitis, sinusitis, otras afecciones del sistema respiratorio o de oídos, nariz y garganta.   |                     |              |                                       |       |           |         |
| b) Tensión arterial alta, angina de pecho, várices, infarto del miocardio u otras afecciones del corazón o del sistema circulatorio. Aneurisma.   |                     |              |                                       |       |           |         |
| c) Cefaleas, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis u otra afección del cerebro o del sistema nervioso. Trastornos Inmunológicos.   |                     |              |                                       |       |           |         |
| d) Afecciones del estómago, intestinos, hígado, vesícula, apéndice, hemorroides u otras de las vías digestivas. Trastornos de la sangre, tumores, cáncer, Sida entre otros.                       |                     |              |                                       |       |           |         |
| e) Trastornos endocrinos: tiroideos, diabetes. Trastornos del crecimiento y desarrollo  |                     |              |                                       |       |           |         |
| f) Afección de riñones, vejiga, próstata. Alteraciones menstruales u otras afecciones ginecológicas, patologías mamarias.   |                     |              |                                       |       |           |         |
| g) Afecciones de los músculos, huesos o articulaciones, torceduras, dislocación, fractura, artritis, gota, hernias.   |                     |              |                                       |       |           |         |
| h) Defectos físicos, mutilación, accidentes, invalidez física. Trastornos psíquicos y/o somáticos.  |                     |              |                                       |       |           |         |
| i) Afecciones de la piel, alergias, patologías oculares   |                     |              |                                       |       |           |         |
| j) Alcoholismo, fármacodependencia/ drogadicción. Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad.  |                     |              |                                       |       |           |         |
| 2.- Para la mujer: ¿Esta usted embarazada?  |                     |              |                                       |       |           |         |
| Nº de Cesáreas _____ Nº de Abortos: _____   |                     |              |                                       |       |           |         |
| 3.- Adicionalmente a las enfermedades mencionadas anteriormente, alguna de las personas indicadas en esta solicitud, en los últimos cinco años:   |                     |              |                                       |       |           |         |
| a) Ha recibido algún tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad.   |                     |              |                                       |       |           |         |
| b) Ha padecido alguna enfermedad por la cual no haya recibido atención médica.  |                     |              |                                       |       |           |         |
| c) Ha sido examinado por un médico.   |                     |              |                                       |       |           |         |
| d) Le han recomendado practicarse alguna intervención que esté pendiente de ejecutarse.   |                     |              |                                       |       |           |         |
| e) Le han practicado exámenes especiales de diagnostico, radiografías, electrocardiogramas o análisis de laboratorio.   |                     |              |                                       |       |           |         |
| 4.- ¿Se encuentran en buen estado de salud? De detalles en caso de respuesta negativa:  |                     |              |                                       |       |           |         |
| 5.- ¿Alguna de las personas a asegurar fuma o dejó el hábito de fumar? En caso que su respuesta sea afirmativa indique cantidad diaria y/o tiempo transcurrido desde que dejó el hábito de fumar. |                     |              |                                       |       |           |         |
| En caso de respuesta positiva a una o mas preguntas, por favor dar detalles completos.  |                     |              |                                       |       |           |         |
| No. del Asegurado   | No. de la Pregunta  | Diagnóstico  | Tratamiento o Intervención practicada | Fecha | Resultado | Médicos |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
| I.- OTROS SEGUROS VIGENTES SOBRE LOS MISMOS RIESGOS   |                     |              |                                       |       |           |         |
| Empresa de Seguros  | Monto Asegurado Bs. | Nº de Póliza | Vigencia                              |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |
|   |                     |              |                                       |       |           |         |

Yo, \_\_\_\_\_, C.I. \_\_\_\_\_, **Propuesto Asegurado** hago constar que la información que he suministrado es veraz y completa, pues he indicado todos los hechos y circunstancias que influyen, indican, o pueden modificar la aprobación del nivel de riesgo. Asimismo autorizo a los médicos, clínicas e instituciones de salud para suministrar a Seguros Qualitas C.A., en el momento que lo requiera todos los datos que posean sobre mi estado de salud, antes o después de mi fallecimiento, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar secreto médico.

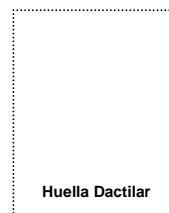
Yo, \_\_\_\_\_, C.I./RIF \_\_\_\_\_, **El Tomador de la Póliza**, Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas Sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

\_\_\_\_\_  
Ciudad y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador



\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular



\_\_\_\_\_  
Nombre del Intermediario de Seguros

\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario de Seguros

\_\_\_\_\_  
Código

**Para ser llenado por el tomador ( en caso de Póliza Colectiva )**

|                                    |  |                         |  |
|------------------------------------|--|-------------------------|--|
| <b>Plan:</b>                       |  | <b>Clase de Riesgo:</b> |  |
| <b>Localidad:</b>                  |  | <b>Filial:</b>          |  |
| <b>Fecha Ingreso a la Empresa:</b> |  | <b>Código Empleado:</b> |  |