

Solicitud de Seguro de Salud

FECHA	

ESTA SOLICITUD DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE Y DEBE ESTAR FIRMADA POR EL TOMADOR Y/O PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

MOVIN	MIENTO: EMISIÓ	ÓN 🗌 MODIFICACIÓ	N	PÓLIZA:	INDIVID	UAL [] COL	ECTIVO		MONE	DA: 🗌 E	OLÍVAR [DIVI:	SA		
					DATOS	DEL T	ОМА	DOR								
Si el sol	icitante es Persona	Natural (indique lo	s datos s	solicitados)												
Apellido	o(s) y Nombre(s)									Docu	umento d	e Identifica	ición	N° R.I	.F.	
Lugar d	e Nacimiento					Fech	na de Nacimiento Estado Civil S C C I				Sexo D					
Direcció	ón de Cobro						Esta	do				Municipio	/Parro	quia		
Direcció	ón de Habitación						Esta	do				Municipio	/Parro	quia		
Teléfon -	o de Habitación	Teléfono Móvil -	Correo	electrónico				Otro Co	rreo ele	ctrónico	<u>"</u>	I	ngreso	Anual Bs	5.	
Activida	ad Económica							Profesión				Ocupaci	ión			
☐ Dep	endiente 🗌 Indep	endiente 🗌 Societa	ria	Ramo												
Nombre	e de la Empresa (vin	iculada a la descripción	de la Acti	vidad Económica)	Domicil	io Labo	oral (d	omicilio dor	nde se de	sarrolla su	actividad e	económica)		Teléfon -	o Oficina	
Si el sol	icitante es Persona	a Jurídica (indique lo														
Nombre	e o Razón Social de	la Empresa	No	ombre del Registro	o Mercan	itil		N°	Tome	o Fech	a de Cons	stitución	N° R.	I.F.		
Direcció	ón de la Empresa						Esta	do	1			Municipio	/Parro	quia		
Objeto	Social			Actividad Econó		ercial [☐ Inc	dustrial	1 Otros	Especifiq	ine:		Telé	éfono de -	la Empres	sa
Direcció	ón de Cobro			T Toresional		ereiar [Esta		1 01.03	Езреспіц	iuc.	Municipio	o/Parro	quia		
Capital	Suscrito y Pagado	Patrimonio (segú	n último e	stado de resultados)	Utilio aplique		ejerci	CİO económi	co anterio	r (cuando	Produc	tos/ Servici	os que	ofrece		
Apellido	o(s) y Nombre(s) de	el Representante Leg	al									(C.I. / Pa	saporte		
Direcció	ón de Habitación						Corre	o electrón	ico				Т	eléfono		
				DATOS DEL	PROPU	ESTO A	ASEG	URADO 1	ΓΙΤULA	R						
Apellido	o(s) y Nombre(s)										umento d	e Identifica	ición	N° R.I	.F.	
Lugar d	e Nacimiento					Fech	a de N	lacimiento		stado Civi		V F	RH	Sex	о М П F	-
Habitac	ión						Estad	0				Municipio				
Teléfon -	o de Habitación	Teléfono Móvil -	Correo	electrónico				Otro Co	rreo ele	ctrónico		I	ngreso	Anual Bs	5.	
Actividad Económica Dependiente Independiente Societaria Ramo					Profesión Ocu					Ocupaci	pación					
Nombre	e de la Empresa (vin	culada a la descripción	de la Acti	vidad Económica)	Domicil	io Labo	oral (d	omicilio dor	nde se de	sarrolla su	actividad e	económica)		Teléfon -	o Oficina	
				INFORMACIÓ	N DE GI	RUPO	FAM	ILIAR A A	SEGU <u></u> R	AR						
Nro.	Parentesco	Nom	bres y Ap	pellidos	С	édula d	de Ide	ntidad	Sexo	Fecha	a de Nacir	niento	Pe	so	Estat	tura
1	Titular												,	Kg		m
2			-								-		,	Kg		m
3													,	Kg	•	m
4					-								,	Kg		m
5					-								,	Kg		m
6													,	Kg	•	m
		В	BENEFIC	IARIOS EN CASO	DE FAI	LLECIN	ΛΙΕΝΊ	O DEL A	SEGUR	ADO TIT	ULAR					
Nro.		Nombres y Apo	ellidos			Cédu	ıla de	Identidad			Parentesc	0		% de Pa	articipació	n
1															%	
2															%	

	TIPO DE CO		TURA	4				_
	Evento y Año Póliza 🗌 Año Póliz				,	Año Pá	oliza – Grupo Familiar	
C=	COBER bertura Básica	TUR	AS	Course Assess			Dadwilla Baa	mah alaa 0/
GA CO	ISTOS MÉDICOS, DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA BERTURAS OPCIONALES (El Tomador no está obligado a contratarlas) MATERNIDAD ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA			Suma Asegu	II aua		Deducible – Ree	IIIDUISU //
FR	ECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA Anual Semestral Trim			_	tro:			
	DECLARACIÓN DE SALUD DEL O	SKUF	O FA	Asegurado Afect	С		Resumido de su Respu	
1.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas está bajo tratamiento médico, padece					dia	agnóstico, Fecha de Oci	urrencia)
2.	o ha padecido alguna enfermedad o ha sido notificada de su existencia? ¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido intervenida quirúrgicamente?		Sí					
3.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sufrido algún accidente?		Sí					
4.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene planificada alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico?		Sí					
5.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha aumentado o disminuido de peso durante los últimos tres (3) años? Indique causa y fecha		Sí					
6.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas fuma o fumaba? Indique la cantidad y frecuencia		δί					
7.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere bebidas alcohólicas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia		Sí					
8.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere drogas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia							
9.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas practica o ha practicado algún deporte? Indique cual, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo.		Sí					
10.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha estado o está bajo observación o tratamiento psiquiátrico y/o psicológico?		Sí					
11.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene algún impedimento, defecto o deformación física? Indique cual, especifique si es congénito o a consecuencia de un accidente o similar							
12.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido rechazada en otra solicitud de Seguros de Salud y/o Vida? Indique empresa aseguradora y motivo							
13.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas se encuentra amparada por alguna póliza de Salud, Gastos Funerarios o Accidentes Personales? Indique empresa aseguradora y capital asegurado							
14.	¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha padecido o padece alguna otra enfermedad no especificada en ninguno de los ítems anteriores?							
	DECLARACIÓN DE SALUD COMPLEMENTA			CIADA AL HISTOI	RIAL FAMI	LIAR		
lr	Interrogantes ndique si Ud. o alguna de las personas a ser aseguradas padece o ha padecido algu	nas d	e las	Asegurado Afectado			Resumido de su Respue	•
	siguientes afecciones: Hipertensión Arterial, Infartos, Arritmias, Taquicardias, Enfermedad Cerebro Vascul Várices, Arterioesclerosis, Tromboflebitis, Aneurismas o cualquier otra enfermed cardiaca o circulatoria.	,	Sí				<u> </u>	<u>, </u>
В.	Asma, Bronquitis, Tuberculosis, Tos Constante, Neumonía, Bronconeumonía, Derrai Pleural, Apnea del sueño o cualquier otra enfermedad respiratoria.	me	Sí)				
C.	Gastritis, Ulceras Pépticas, Colón Irritable, Pólipos Intestinales, Esofagitis, Cálcu Vesiculares o cualquier otra enfermedad en el aparato digestivo.	los	Sí					
	Dermatitis, Dermatosis, Infecciones de piel, Carcinomas Basocelulares, Fragilid Capilar, Seborrea, Vitíligo.	lad						
	Cataratas, Glaucoma, Estrabismo, Irritaciones oculares, Miopías y otras afeccior visuales.		Sí					
	Rinitis, Sinusitis, Otitis, Amigdalitis, Deformaciones del Tabique y los Cornetes Nasal Otitis, Vértigo.		Sí					
	Artritis, Reumatismo, Neuritis, Gota, Síndrome del Manguito Rotador, Osteoartri Osteoporosis, Bursitis, afecciones de la Columna Vertebral.	tis,	Sí					
Н.	Diabetes, Tiroiditis y sus variaciones, hipertrigliceridemia, Bocio, Obesidad.		Sí					
	Cálculos y/o Alteraciones en Riñones, Vejiga o Próstata, Infecciones en el Sister Urinario.	ma	Sí					

					ſ			
J. Parkins	son, Alzheimer, Epilepsias, Convulsiones.		☐ Sí☐ No					
K. Anemi	a, Púrpura, Mieloma Múltiple, Otras Afecciones hema	tológicas.	☐ Sí ☐ No					
	nucleosis Infecciosa, Citomegalovirus, VPH, Hep nedades Infecciosas.	atitis, Meningitis, Otras	☐ Sí ☐ No					
_	miento Irregular, Fibromas Uterinos, Afecciones ino, pólipos, quistes de ovarios.	☐ Sí ☐ No						
-	ier otra Patología, padecimiento o enfermedad no e ns anteriores.	☐ Sí ☐ No						
	o ha padecido alguna enfermedad de la piel: celulitis, es, dermatitis o cáncer, quemaduras o heridas compli		☐ Sí ☐ No					
P. Padece	alguna enfermedad en ojos, nariz, garganta u oídos.		☐ Sí ☐ No					
-	decido de intoxicación o envenenamiento ¿Algur ensibilidad, edema de glotis o Anafilaxia?	a alergia o reacción de	☐ Sí ☐ No					
R. Sospec	ha o ha sido diagnosticado del Síndrome de Inmunod	eficiencia Adquirida (SIDA)	☐ Sí ☐ No					
	PAG	O POR TRANSFERENCIA	A CUEN	TA BANCARIA				
¿ Autoriza	a Oceánica de Seguros C.A., a que efectúe los pagos a				expresamente la	condicior	nes de nago e	establecidas nor
	ciones financieras y las abajo mencionadas?: Si	No	in cacina i	odiredila y deepto	expresamente la	Condicion	ies de pago (estableciaas poi
	enta Bancaria Asegurado Titular							
Número o	de Cuenta Corriente					Nombre	del Banco	
			1			1		
Condicion	nes		•			•		
1. No s	e efectuarán pagos en aquellos casos donde el Regist	ro de Información Fiscal (R	IF) y/o el n	úmero de cédula	o pasaporte no co	incida con	los registra	dos en Oceánica
de S	eguros C.A., para el asegurado titular de la póliza.							
	asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar			l se le transfierer	sus pagos, debe	rá notifica	rlo oportuna	amente la nueva
	nta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efec		-					
	transferencias realizadas que resulten en rechazos ¡ utable al solicitante, se corregirán luego de recibida la					atos error	neos o cualc	quier otra causa
	se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conju			ie ia transaccioni	Jancana.			
4 100								
4. Nos				ASEGURADORA				
4. NO S	INTER	MEDIARIO (S) DE LA AC	TIVIDAD			_	E'.	
4. NOS			TIVIDAD	ASEGURADORA de Identidad	% Participació	n	Fir	ma
4. NOS	INTER	MEDIARIO (S) DE LA AC	TIVIDAD			n	Fir	ma
4. NOS	INTER	MEDIARIO (S) DE LA AC Código	TIVIDAD . Cédula	de Identidad		n	Fir	ma
Yo	INTERI Apellidos y Nombres	Código DECLARACIONES Y/O	Cédula Cédula AUTORIZA	de Identidad	% Participació			
Yo	INTERI Apellidos y Nombres	Código DECLARACIONES Y/O Apuesto Asegurado, declaraciones y/o Apuesto Asegurado, declaro	Cédula Cédula AUTORIZA que he le	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to	% Participació	enido de e	sta solicitud;	; la información
Yo que prop	Apellidos y Nombres , como Pro	Código DECLARACIONES Y/O Apuesto Asegurado, declara	Cédula Cédula AUTORIZA que he le	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to	% Participació	enido de e	sta solicitud;	; la información
Yo que prop C.A. sobre	Apellidos y Nombres , como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaraciones no he omitido, ocultado de la composição de contra co	Cédula Cédula AUTORIZ que he lei ado, ni disi	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to	% Participació otalmente el conte	enido de e	sta solicitud; ón de Oceán	; la información lica de Seguros,
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticence	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de	Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido o	Cédula AUTORIZ que he lei ado, ni disi r la prima en las conc	ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la misi	% Participació etalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma.	enido de e ar la opinio aso de decl	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa	; la información lica de Seguros, llsas, omisiones
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siemple	Cédula Cédula AUTORIZ que he lei do, ni disi r la prima en las concre que esta	ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres liciones de la misi a solicitud sea ace	% Participació etalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos	ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la misia solicitud sea aces e instituciones l	% Participació etalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda	Cédula AUTORIZ que he le ado, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab	ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la misia solicitud sea aces e instituciones lilidad que pueda	% Participació etalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales	enido de e ar la opinio iso de decl ica de Seg me hayan informaci	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones.	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así mismo	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda	Cédula AUTORIZ que he le ado, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab	ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la misia solicitud sea aces e instituciones lilidad que pueda	% Participació etalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales	enido de e ar la opinio iso de decl ica de Seg me hayan informaci	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones.	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así mismo de salud.	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co	Cédula AUTORIZ o que he lei do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab .A., estime	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la misia solicitud sea aces e instituciones la ididad que pueda e conveniente a lo	% Participació etalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales s fines de verifica	enido de e ar la opinio iso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así mismo de salud. Autorizo	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta ara apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis póliza	Cédula AUTORIZ o que he lei do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab .A., estime	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la misia solicitud sea aces e instituciones la ididad que pueda e conveniente a lo	% Participació etalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales s fines de verifica	enido de e ar la opinio iso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así mismo de salud. Autorizo	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis pólizas eyes y reglamentos.	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab .A., estime s, siniestro	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la misia solicitud sea aces e instituciones la ididad que pueda e conveniente a lo	% Participació etalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales s fines de verifica	enido de e ar la opinio iso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convengo empresa futuro, y Así mism de salud. Autorizo que así lo	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis póliza eyes y reglamentos. DECLARACIÓN	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab .A., estime s, siniestro	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres liciones de la misi a solicitud sea ace s e instituciones li lidad que pueda e conveniente a lo s y demás inform	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales s fines de verifica aciones a las Auto	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol	Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis póliza eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de T	AUTORIZ/ o que he lei do, ni disi r la prima en las concre que esta os médicos responsab .A., estime s, siniestro I JURADA omador de	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la misio a solicitud sea aco s e instituciones le ididad que pueda e conveniente a lo s y demás inform	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis póliza eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de T ancia, y que el dinero utiliz	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab .A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la miso a solicitud sea aco s e instituciones la ididad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j I pago de la prima	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de una	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y informació fuente lic	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	Apellidos y Nombres , como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsti	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis póliza eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de T ancia, y que el dinero utiliz	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab .A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la miso a solicitud sea aco s e instituciones la ididad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j I pago de la prima	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de una	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y informació fuente lic	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta liguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis póliza eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de T ancia, y que el dinero utiliz	Cédula Cédula AUTORIZ que he lei do, ni disi r la prima en las concre que esta os médicos responsab .A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades,	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la miso a solicitud sea aco s e instituciones la ididad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j I pago de la prima	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de una	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y informació fuente lic	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta liguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis pólizar eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de T ancia, y que el dinero utiliz o títulos producto de las ac	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades,	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres liciones de la misio a solicitud sea aco s e instituciones li lidad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j I pago de la prima acciones o hecho	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica condiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de una	enido de el ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan información del d pridades y información fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta eliguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia.	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis póliza eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de T ancia, y que el dinero utiliz o títulos producto de las ac	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades, ar: FORMIDA	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres; liciones de la misi a solicitud sea ace s e instituciones li ilidad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j l pago de la prima acciones o hecho	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de uma s ilícitos contemp	enido de el ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan información del d pridades y información fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta liguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores	Código Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido e n la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis pólizar eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de T ancia, y que el dinero utiliz o títulos producto de las ac	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades, ar: FORMIDA	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres liciones de la misio a solicitud sea aco s e instituciones li lidad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j I pago de la prima acciones o hecho	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de uma s ilícitos contemp	enido de el ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan información del d pridades y información fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene	; la información lica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	Apellidos y Nombres , como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunst- ilguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia.	DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido en la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Co pre el estado de mis póliza eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de T ancia, y que el dinero utiliz o títulos producto de las ac Lug: FIRMAS DE CON	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las concre que esta os médicos responsab A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades, ar: FORMIDA	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres; liciones de la misi a solicitud sea ace s e instituciones li ilidad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j l pago de la prima acciones o hecho	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de uma s ilícitos contemp	enido de el ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan información del d pridades y información fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene de	; la información ica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas de
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. Nº to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta ilguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia.	Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido en la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizas eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las aconticos. Luga FIRMAS DE CON	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las concre que esta os médicos responsab A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades, ar: FORMIDA	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres; liciones de la misi a solicitud sea ace s e instituciones li ilidad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j l pago de la prima acciones o hecho	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de uma s ilícitos contemp	enido de el ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y información fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene de	; la información ica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas de
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta ilguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia.	Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido en la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda que Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizas eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acontidos productos de las acontidos produ	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las concre que esta os médicos responsab A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades, ar: FORMIDA	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres; liciones de la misi a solicitud sea ace s e instituciones li ilidad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j l pago de la prima acciones o hecho	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de uma s ilícitos contemp	enido de el ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y información fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene de	; la información ica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas de
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta eliguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia.	Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido en la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda ue Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizas eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las aconticos. Luga FIRMAS DE CON	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las concre que esta os médicos responsab A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades, ar: FORMIDA	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres; liciones de la misi a solicitud sea ace s e instituciones li ilidad que pueda e conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j l pago de la prima acciones o hecho	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. eptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales as fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de uma s ilícitos contemp	enido de el ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y información fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene de	; la información ica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas de
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo e que así lo Yo documen relación a	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta ilguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia.	Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido en la fecha prevista, siempi estado de salud a todos lo reto profesional y de toda que Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizas eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acontidos productos de las acontidos produ	Cédula Cédula AUTORIZ que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades, ar: FORMIDA	de Identidad ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres liciones de la misi a solicitud sea ace a solicitud sea ace a conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j I pago de la prima acciones o hecho AD Propuesto Asegu Nombre y Apel	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. ptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales s fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de una s ilícitos contemp	enido de el ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y información fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene de	; la información ica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas de
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticence Convengo empresa futuro, y Así mismo de salud. Autorizo que así lo vo documen relación a vigentes e	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta eliguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia. Tomador Tomador Nombre y Apellido I. Nro./Pasaporte/R.I.F.	DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido en la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda que Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizas eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acuerdos profesional y de toda que Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizas eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acuerdos productos productos de las acuerdos productos de las acuerdos productos productos de las acuerdos productos de las acuerdos productos productos de las acuerdos productos productos de las acuerdos productos productos productos de las acuerdos productos	Cédula Cédula AUTORIZ/ Que he le do, ni disi r la prima en las conc re que esta os médicos responsab A., estime s, siniestro I JURADA omador de ado para e ctividades, ar: FORMIDA	ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres liciones de la misi a solicitud sea ace a solicitud sea ace a conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j l pago de la prima acciones o hecho AD Propuesto Asegu Nombre y Apel I. Nro./Pasaporto	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. ptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales s fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de una s ilícitos contemp rado Titular	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y informació fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene de	; la información ica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas de
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticence Convengo empresa futuro, y Así mismo de salud. Autorizo que así lo vo documen relación a vigentes e	Apellidos y Nombres , como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. Nº to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta ilguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia. Tomador HI (PULGA DEFE	DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido en la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda que Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizas eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acuerdos profesional y de toda que Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizas eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acuerdos productos productos de las acuerdos productos de las acuerdos productos productos de las acuerdos productos de las acuerdos productos productos de las acuerdos productos productos de las acuerdos productos productos productos de las acuerdos productos	C. C. formación	ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres, liciones de la misi a solicitud sea ace a solicitud sea ace a conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j l pago de la prima acciones o hecho Propuesto Asegu Nombre y Apel I. Nro./Pasaporto y de los datos ap	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. ptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales s fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de una s ilícitos contemp rado Titular	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y informació fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene de	; la información ica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas de
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticence Convengo empresa futuro, y Así mismo de salud. Autorizo que así lo vo documen relación a vigentes e	, como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. N° to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta eliguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia. Tomador Tomador Nombre y Apellido I. Nro./Pasaporte/R.I.F.	Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido en la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda que Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizar eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acuerdos profesional y de toda que oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizar eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acuerdos productos de la internacional productos de la	C. C. formación	ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro corres liciones de la misi a solicitud sea ace a solicitud sea ace a conveniente a lo s y demás inform eclaro bajo fe de j l pago de la prima acciones o hecho AD Propuesto Asegu Nombre y Apel I. Nro./Pasaporto	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. ptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales s fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de una s ilícitos contemp rado Titular	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y informació fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene de	; la información ica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas de
Yo que prop C.A. sobre Esta solic o reticene Convenge empresa futuro, y Así misme de salud. Autorizo que así lo Yo documen relación a vigentes e	Apellidos y Nombres , como Pro orciono es verdadera, amplia, completa y exacta, ade e el riesgo a asegurar. itud forma parte del contrato de seguro y es la base p cias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de o que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia e a solicitar cualquier información relacionada con mi relevo a todos ellos de la obligación de guardar el sec o, convengo en someterme a las consultas médicas q a la empresa a remitir vía electrónica, información sol solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras l , titular de la C.I. Nº to es verídica, que no he presumido ninguna circunsta alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores en relación con esta materia. Tomador Tomador HI (PULGA DEFE Nombre y Apellido I. Nro./Pasaporte/R.I.F. ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constan	Código DECLARACIONES Y/O A puesto Asegurado, declaro emás no he omitido, oculta para apreciar el riesgo y fija e acuerdo a lo establecido en la fecha prevista, siemprestado de salud a todos lo reto profesional y de toda que Oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizar eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acuerdos profesional y de toda que oceánica de Seguros, Core el estado de mis pólizar eyes y reglamentos. DECLARACIÓN en mi carácter de Tancia, y que el dinero utilizo títulos producto de las acuerdos productos de la internacional productos de la	C. C. formación	ACIONES do cuidadosa y to mulado datos que de seguro correspliciones de la misia solicitud sea aces e instituciones hilidad que pueda e conveniente a los y demás informado de la prima acciones o hecho propuesto Aseguro. Nombre y Apel I. Nro./Pasaporte y de los datos apservaciones	% Participació ptalmente el conte e puedan modifica pondiente, y en ca ma. ptada por Oceán nospitalarias que derivarse de tales s fines de verifica aciones a las Auto uramento, que la a proviene de una s ilícitos contemp rado Titular	enido de e ar la opinio aso de decl ica de Seg me hayan informaci ción del d pridades y informació fuente lic ladas en la	sta solicitud; ón de Oceán laraciones fa guros, C.A. y asistido o m ones. iagnóstico m otras Compa ón que doy e ita, y por lo t as leyes vene de	; la información ica de Seguros, alsas, omisiones autorizo a esta ne asistan en el nédico o estado añías de Seguros en este tanto, no tiene ezolanas de