

# Solicitud de Seguro de Salud

FECHA

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

MOVIMIENTO: ☐ EMISIÓN ☐ MODIFICACIÓNPÓLIZA: ☐ INDIVIDUAL ☐ COLECTIVOMONEDA: ☐ BOLÍVAR ☐ DIVISA

## DATOS DEL TOMADOR

## Si el solicitante es Persona Natural (indique los datos solicitados)

|                                                                                                                                        |                |                                                                          |                                                                                                                                                         |                         |                                                               |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| Apellido(s) y Nombre(s)                                                                                                                |                |                                                                          | Documento de Identificación                                                                                                                             |                         | N° R.I.F.                                                     |                   |
| Lugar de Nacimiento                                                                                                                    |                | Fecha de Nacimiento                                                      | Estado Civil<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> RH |                         | Sexo<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                   |
| Dirección de Cobro                                                                                                                     |                | Estado                                                                   |                                                                                                                                                         | Municipio/Parroquia     |                                                               |                   |
| Dirección de Habitación                                                                                                                |                | Estado                                                                   |                                                                                                                                                         | Municipio/Parroquia     |                                                               |                   |
| Teléfono de Habitación                                                                                                                 | Teléfono Móvil | Correo electrónico                                                       |                                                                                                                                                         | Otro Correo electrónico |                                                               | Ingreso Anual Bs. |
| Actividad Económica<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Societaria |                | Ramo                                                                     |                                                                                                                                                         | Profesión               |                                                               | Ocupación         |
| Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)                                                            |                | Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica) |                                                                                                                                                         |                         | Teléfono Oficina                                              |                   |

## Si el solicitante es Persona Jurídica (indique los datos solicitados)

|                                                 |                                                |                                                                                                                                                                                |                                                            |                     |                                 |                        |           |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------|-----------|
| Nombre o Razón Social de la Empresa             |                                                | Nombre del Registro Mercantil                                                                                                                                                  |                                                            | N°                  | Tomo                            | Fecha de Constitución  | N° R.I.F. |
| Dirección de la Empresa                         |                                                | Estado                                                                                                                                                                         |                                                            | Municipio/Parroquia |                                 |                        |           |
| Objeto Social                                   |                                                | Actividad Económica<br><input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Otros Especifique: |                                                            |                     |                                 | Teléfono de la Empresa |           |
| Dirección de Cobro                              |                                                | Estado                                                                                                                                                                         |                                                            | Municipio/Parroquia |                                 |                        |           |
| Capital Suscrito y Pagado                       | Patrimonio (según último estado de resultados) |                                                                                                                                                                                | Utilidad del ejercicio económico anterior (cuando aplique) |                     | Productos/ Servicios que ofrece |                        |           |
| Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal |                                                |                                                                                                                                                                                |                                                            |                     |                                 | C.I. / Pasaporte       |           |
| Dirección de Habitación                         |                                                | Correo electrónico                                                                                                                                                             |                                                            |                     | Teléfono                        |                        |           |

## DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

|                                                                                                                                        |                |                                                                          |                                                                                                                                                         |                         |                                                               |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| Apellido(s) y Nombre(s)                                                                                                                |                |                                                                          | Documento de Identificación                                                                                                                             |                         | N° R.I.F.                                                     |                   |
| Lugar de Nacimiento                                                                                                                    |                | Fecha de Nacimiento                                                      | Estado Civil<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> RH |                         | Sexo<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |                   |
| Habitación                                                                                                                             |                | Estado                                                                   |                                                                                                                                                         | Municipio/Parroquia     |                                                               |                   |
| Teléfono de Habitación                                                                                                                 | Teléfono Móvil | Correo electrónico                                                       |                                                                                                                                                         | Otro Correo electrónico |                                                               | Ingreso Anual Bs. |
| Actividad Económica<br><input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Societaria |                | Ramo                                                                     |                                                                                                                                                         | Profesión               |                                                               | Ocupación         |
| Nombre de la Empresa (vinculada a la descripción de la Actividad Económica)                                                            |                | Domicilio Laboral (domicilio donde se desarrolla su actividad económica) |                                                                                                                                                         |                         | Teléfono Oficina                                              |                   |

## INFORMACIÓN DE GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR

| Nro. | Parentesco | Nombres y Apellidos | Cédula de Identidad | Sexo | Fecha de Nacimiento | Peso | Estatura |
|------|------------|---------------------|---------------------|------|---------------------|------|----------|
| 1    | Titular    |                     |                     |      |                     | , Kg | . m      |
| 2    |            |                     |                     |      |                     | , Kg | . m      |
| 3    |            |                     |                     |      |                     | , Kg | . m      |
| 4    |            |                     |                     |      |                     | , Kg | . m      |
| 5    |            |                     |                     |      |                     | , Kg | . m      |
| 6    |            |                     |                     |      |                     | , Kg | . m      |

## BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

| Nro. | Nombres y Apellidos | Cédula de Identidad | Parentesco | % de Participación |
|------|---------------------|---------------------|------------|--------------------|
| 1    |                     |                     |            | %                  |
| 2    |                     |                     |            | %                  |

| TIPO DE COBERTURA                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Evento y Año Póliza <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                    | Año Póliza <input type="checkbox"/>                        | Año Póliza – Grupo Familiar <input type="checkbox"/>                        |
| COBERTURAS                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
| Cobertura Básica                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                    | Suma Asegurada                                             | Deducible – Reembolso %                                                     |
| GASTOS MÉDICOS, DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
| COBERTURAS OPCIONALES (El Tomador no está obligado a contratarlas)                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> MATERNIDAD                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
| FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual Otro: _____ |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
| DECLARACIÓN DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR A ASEGURAR                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
| Interrogantes                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                    | Asegurado Afectado                                         | Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o diagnóstico, Fecha de Ocurrencia) |
| 1.                                                                                                                                                                                | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas está bajo tratamiento médico, padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sido notificada de su existencia?                                               | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 2.                                                                                                                                                                                | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sido intervenida quirúrgicamente?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 3.                                                                                                                                                                                | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha sufrido algún accidente?                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 4.                                                                                                                                                                                | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas tiene planificada alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico?                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 5.                                                                                                                                                                                | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha aumentado o disminuido de peso durante los últimos tres (3) años? Indique causa y fecha                                                                | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 6.                                                                                                                                                                                | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas fuma o fumaba? Indique la cantidad y frecuencia                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 7.                                                                                                                                                                                | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere bebidas alcohólicas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia                                                                              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 8.                                                                                                                                                                                | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas ingiere drogas no controladas? Indique la cantidad y frecuencia                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 9.                                                                                                                                                                                | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas practica o ha practicado algún deporte? Indique cual, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo.                                                         | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 10.                                                                                                                                                                               | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha estado o está bajo observación o tratamiento psiquiátrico y/o psicológico?                                                                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 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               | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 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                                                    | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 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              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| 14.                                                                                                                                                                               | ¿Alguna de las personas a ser aseguradas ha padecido o padece alguna otra enfermedad no especificada en ninguno de los ítems anteriores?                                                           | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| DECLARACIÓN DE SALUD COMPLEMENTARIA ASOCIADA AL HISTORIAL FAMILIAR                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
| Interrogantes                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                    | Asegurado Afectado                                         | Detalle Resumido de su Respuesta (Causa o diagnóstico, Fecha de Ocurrencia) |
| Indique si Ud. o alguna de las personas a ser aseguradas padece o ha padecido algunas de las siguientes afecciones:                                                               |                                                                                                                                                                                                    |                                                            |                                                                             |
| A.                                                                                                                                                                                | Hipertensión Arterial, Infartos, Arritmias, Taquicardias, Enfermedad Cerebro Vascular, Várices, Arterioesclerosis, Tromboflebitis, Aneurismas o cualquier otra enfermedad cardiaca o circulatoria. | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| B.                                                                                                                                                                                | Asma, Bronquitis, Tuberculosis, Tos Constante, Neumonía, Bronconeumonía, Derrame Pleural, Apnea del sueño o cualquier otra enfermedad respiratoria.                                                | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| C.                                                                                                                                                                                | Gastritis, Úlceras Pépticas, Colón Irritable, Pólipos Intestinales, Esofagitis, Cálculos Vesiculares o cualquier otra enfermedad en el aparato digestivo.                                          | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| D.                                                                                                                                                                                | Dermatitis, Dermatitis, Infecciones de piel, Carcinomas Basocelulares, Fragilidad Capilar, Seborrea, Vitíligo.                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| E.                                                                                                                                                                                | Cataratas, Glaucoma, Estrabismo, Irritaciones oculares, Miopías y otras afecciones visuales.                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| F.                                                                                                                                                                                | Rinitis, Sinusitis, Otitis, Amigdalitis, Deformaciones del Tabique y los Cornetes Nasales, Otitis, Vértigo.                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| G.                                                                                                                                                                                | Artritis, Reumatismo, Neuritis, Gota, Síndrome del Manguito Rotador, Osteoartritis, Osteoporosis, Bursitis, afecciones de la Columna Vertebral.                                                    | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| H.                                                                                                                                                                                | Diabetes, Tiroiditis y sus variaciones, hipertrigliceridemia, Bocio, Obesidad.                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |
| I.                                                                                                                                                                                | Cálculos y/o Alteraciones en Riñones, Vejiga o Próstata, Infecciones en el Sistema Urinario.                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                     |                  |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|-------|
| J. Parkinson, Alzheimer, Epilepsias, Convulsiones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No        |                     |                  |       |
| K. Anemia, Púrpura, Mieloma Múltiple, Otras Afecciones hematológicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No        |                     |                  |       |
| L. Mononucleosis Infecciosa, Citomegalovirus, VPH, Hepatitis, Meningitis, Otras Enfermedades Infecciosas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No        |                     |                  |       |
| M. Sangramiento Irregular, Fibromas Uterinos, Afecciones del Sistema Reproductor Femenino, pólipos, quistes de ovarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No        |                     |                  |       |
| N. Cualquier otra Patología, padecimiento o enfermedad no especificada en ninguno de los ítems anteriores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No        |                     |                  |       |
| O. Padece o ha padecido alguna enfermedad de la piel: celulitis, absceso cutáneo, quistes, tumores, dermatitis o cáncer, quemaduras o heridas complicadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No        |                     |                  |       |
| P. Padece alguna enfermedad en ojos, nariz, garganta u oídos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No        |                     |                  |       |
| Q. Ha padecido de intoxicación o envenenamiento ¿Alguna alergia o reacción de hipersensibilidad, edema de glotis o Anafilaxia?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No        |                     |                  |       |
| R. Sospecha o ha sido diagnosticado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No        |                     |                  |       |
| PAGO POR TRANSFERENCIA A CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                     |                  |       |
| ¿Autoriza a Oceánica de Seguros C.A., a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                     |                  |       |
| Datos Cuenta Bancaria Asegurado Titular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                     |                  |       |
| Número de Cuenta Corriente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                     | Nombre del Banco |       |
| Condiciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                     |                  |       |
| <div>1. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el Registro de Información Fiscal (RIF) y/o el número de cédula o pasaporte no coincida con los registrados en Oceánica de Seguros C.A., para el asegurado titular de la póliza.</div> <div>2. Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá notificarlo oportunamente la nueva cuenta a Oceánica de Seguros C.A., a la cual deberán efectuar las transferencias o pagos.</div> <div>3. Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria.</div> <div>4. No se podrán domiciliar pagos a cuentas con Firmas conjuntas, ni de ahorros, ni de pensiones.</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                     |                  |       |
| INTERMEDIARIO (S) DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                     |                  |       |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Código                                                            | Cédula de Identidad | % Participación  | Firma |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                     |                  |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                     |                  |       |
| DECLARACIONES Y/O AUTORIZACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                     |                  |       |
| <p>Yo , como Propuesto Asegurado, declaro que he leído cuidadosa y totalmente el contenido de esta solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta, además no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de Oceánica de Seguros, C.A. sobre el riesgo a asegurar.</p> <p>Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma.</p> <p>Convengo que el seguro aquí propuesto entrará en vigencia en la fecha prevista, siempre que esta solicitud sea aceptada por Oceánica de Seguros, C.A. y autorizo a esta empresa a solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud a todos los médicos e instituciones hospitalarias que me hayan asistido o me asistan en el futuro, y relevo a todos ellos de la obligación de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.</p> <p>Así mismo, convengo en someterme a las consultas médicas que Oceánica de Seguros, C.A., estime conveniente a los fines de verificación del diagnóstico médico o estado de salud.</p> <p>Autorizo a la empresa a remitir vía electrónica, información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones a las Autoridades y otras Compañías de Seguros que así lo solicitasen, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes y reglamentos.</p> |                                                                   |                     |                  |       |
| DECLARACIÓN JURADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                     |                  |       |
| <p>Yo , titular de la C.I. N° en mi carácter de Tomador declaro bajo fe de juramento, que la información que doy en este documento es verídica, que no he presumido ninguna circunstancia, y 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 las actividades, acciones o hechos ilícitos contempladas en las leyes venezolanas vigentes en relación con esta materia.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                     |                  |       |
| Lugar:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   | Fecha: de de        |                  |       |
| FIRMAS DE CONFORMIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |                     |                  |       |
| Tomador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Propuesto Asegurado Titular                                       |                     |                  |       |
| HUELLA DACTILAR<br>(PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | HUELLA DACTILAR<br>(PULGAR DERECHO, O EN SU DEFECTO EL IZQUIERDO) |                     |                  |       |
| Nombre y Apellido<br>C.I. Nro./Pasaporte/R.I.F.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre y Apellido<br>C.I. Nro./Pasaporte/R.I.F.                   |                     |                  |       |
| Solo para ser llenado por la Gerencia de Suscripción. Constancia de verificación de la información y de los datos aportados por el solicitante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                     |                  |       |
| C.N.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Seguro Social                                                     | Observaciones       |                  |       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   | Lugar               | Fecha            |       |