



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN

RIF: J-30239238-1

FECHA DE LA SOLICITUD

/ /

- NUEVA AFILIACIÓN
- MODIFICACIÓN O RENOVACIÓN
- INCLUSIÓN DE FAMILIARES

## DATOS DEL SOLICITANTE

RIF		CONTRATANTE			
C.I. / RIF		ASEGURADO PRINCIPAL			
FECHA DE NACIMIENTO / /	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	OCUPACION		
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN					
TELÉFONO		CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN DE TRABAJO					TELÉFONO

## DATOS DEL SERVICIO CONTRATADO

HCM Bs.	VIDA Bs.	ACC.PERS Bs.	SERV. FUNER. Bs.
MEJORA FUNERARIO	PARC. PRIV. <input type="checkbox"/>	PARC. MUN. <input type="checkbox"/>	AUXILIO FUNERARIO BS.
TIPO DE PLAN			

## BENEFICIARIOS

NOMBRE Y APELLIDO	C.I.	FECHA NAC.	EDAD	SEXO	EDO CIVIL	PARENT	COBERTURAS OPCIONALES			
							BÁSICO	EXCESO	ODONT.	FUNERARIO

## CONDICIONES DE PAGO

FORMA DE PAGO	
CONTADO <input type="checkbox"/>	
FINANCIADO <input type="checkbox"/>	
DOMICILIADO <input type="checkbox"/>	BANCO

MONTO ANUAL DE CONTADO	Bs.	
MONTO ANUAL ADICIONAL	Bs.	
CUOTA MENSUAL	Bs.	
CUOTA QUINCENAL	Bs.	

## INFORMACIÓN QUE DEBE SER SUMINISTRADA POR EL SOLICITANTE

- 1) ¿Mantiene usted o alguna de las personas por incluirse en este contrato alguna póliza de seguros o contrato de servicios?  
 Si  No  HCM  SERVICIOS FUNERARIOS  SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

En caso de ser afirmativa su respuesta indique

FECHA DE CONTRATACIÓN / /	MONTO CONTRATADO	COMPAÑÍA
------------------------------	------------------	----------

- 2) ¿Ha sido usted o alguno de los afiliados intervenido quirúrgicamente? Si  No
- 3) ¿Tiene(n) prevista alguna intervención quirúrgica, hospitalización, consultas médicas o algún tratamiento? Si  No
- 4) ¿Ha(n) consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto? Si  No
- 5) ¿Padece(n) usted(es) actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto? Si  No
- 6) ¿Se encuentra usted o alguno de los afiliados en estado de gravidez? Si  No
- 7) ¿Considera usted que tanto usted como sus familiares gozan de buena salud? Si  No

En caso afirmativo de alguna de las preguntas, detalle la razón de la(s) misma(s) y el(los) familiar(es) afiliado(s):

OBSERVACIONES

**IMPORTANTE**

Cualquier alteración que se produzca referente a las declaraciones e información proporcionada en esta solicitud, entre la fecha de la firma por el solicitante y la emisión y entrega del certificado por medio de la compañía o durante la vigencia de este certificado debe ser participada a la compañía inmediatamente. En tales casos la compañía se reserva el derecho de rechazar la solicitud o anular el contrato y/o certificado.

El Contrato entra en vigor al haberse hecho efectivo el primer cobro de su cuota mensual o quincenal y al haberle sido hecho entrega del certificado al Solicitante, pero no antes de la fecha de efecto indicada en la solicitud o contrato.

Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de espera del contrato.

Hago constar que las declaraciones e informaciones que anteceden, incluida la edad, relación de parentesco, son exactas, completas y verdaderas, y que no he omitido dato alguno sobre la salud de las personas que hayan de ser incluidas en el contrato. Me comprometo a aceptar a su presentación, el certificado que La Compañía emite en base de la presente solicitud y de pagar los montos correspondientes.

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del contrato suscrito proviene de una fuente lícita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere el Artículo 37 de la Ley Orgánica Sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas y el Artículo 4 de la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada, conforme a lo dispuesto en el Título I, de las "Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de las Operaciones de Seguros y Reaseguro para evitar la Legitimación de Capitales", publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 38.065 de Fecha 15 de Noviembre de 2004.

PROMOTOR(ES)	
CÓDIGO	
FIRMA	
LUGAR	FECHA / /
FIRMA DEL SOLICITANTE	