

Pregunta ☐	Nombre completo del asegurado propuesto:	Condición, enfermedad o lesión:
Desde	Hasta	Nombre y teléfono del médico:
Tratamiento:		Resultados del tratamiento:
Estado actual de la condición, enfermedad o lesión (Aún en tratamiento, resultado o controlada):		

DATOS BANCARIOS PARA PAGOS AL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR

En caso que la Empresa de Seguros deba efectuar un pago al propuesto Asegurado Titular de la Póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del propuesto Asegurado Titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el propuesto Asegurado Titular haya suministrado previamente a la Empresa de Seguros. Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta

Datos del Intermediario de Seguros

Apellidos y Nombres: ROA THAIS	Cédula de Identidad: 9493526	Código: 102670
--	--	--------------------------



Firma

DECLARACIÓN

Declaro que he leído cuidadosa y totalmente, una a una, todas las preguntas formuladas, y doy fe que la información y respuestas por mí proporcionadas, son verdaderas, completas y exactas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna que pueda modificar la opinión de La Internacional de Seguros, S.A., en cuanto a la aceptación del riesgo a correr por el seguro solicitado.

Declaro conocer las Condiciones Generales y Particulares, Anexos de contratación, así como los límites de cobertura presentes en esta póliza a emitir.

El Asegurado en nombre propio y de los beneficiarios autoriza al Médico tratante y a la Institución Hospitalaria a suministrar a LA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A., todos los datos e información que se requiera para la verificación de la información aquí suministrada, así como acerca del estado físico de salud, Historia Médica Única y/o del evento médico que originen alguna la reclamación, relevándose de guardar el Secreto Médico. "Cláusula N° 8 Ord. 7 de las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Salud Individual"

Cualquier falsedad o reticencia de mala fé anula automáticamente esta póliza, según el Art. 27 de las Normas que Regulan la Relación Contractual en la Actividad Aseguradora.

"Yo, Javier Elias Ramos Lopez el Tomador, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita que no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores y títulos, que fueren producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas y sancionadas en la ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo y en la Ley Orgánica de Drogas".

INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

Tiene usted u otra persona a incluir en la póliza la posición de Persona Expuesta Políticamente (PEP), o tiene algún parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP), en caso de ser afirmativo indique su respuesta:

Lugar y Fecha: caracas27-09-2024


Firma Propuesto Asegurado Titular
C.I.: V27.207.698
Rif.: V272076983




Firma Tomador
C.I.: V27.207.698
Rif.: V272076983

