



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nueva Afiliación Renovación 

RIF-J30541557-9

## DATOS DEL CONTRATANTE

Tipo de persona  
Natural  Jurídica

Nombre y Apellidos o Razón Social: UNIVERSIDAD DR. RAFAEL BELLOSO CHACIN (URBE) C.I. o RIF: J07034507-1

Fecha de Registro: 30/10/1987 Número de Re 17 Tomo: 10 Representant: OSCAR BELLOSO MEDINA

CIRCUNVA. NO. 2 GUAJIRA. FRENTE A LA PLAZA DE TOROS DE MARACAIBO. EDO. ZULIA - VENEZUELA

Tif. 0261/2008723 Móvil Cel: \_\_\_\_\_ Email: capitalhumano@urbe.edu

Dirección de Oficina: Edificio Rectorado 1er Piso. Direccion Capital Humano \_\_\_\_\_

Tif. 02612008955 Móvil Cel: \_\_\_\_\_ Email: capitalhumano@urbe.edu

Actividad Económica:  Público  Privado | Industrial Capacidad Económica o Financ.: \_\_\_\_\_

Comercial: Ramo Educativo  Libre Ejercicio Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_

Carácter con el que actúa: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Oficio u Ocupación: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Pasaporte: \_\_\_\_\_

Estado civil: S  C  D  V  Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Dirección de Habitación: \_\_\_\_\_

Tif. \_\_\_\_\_ Móvil Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección de Oficina: \_\_\_\_\_

Tif. \_\_\_\_\_ Móvil Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Actividad Económica:  Público  Privado  Industrial Capacidad Económica o Financ.: \_\_\_\_\_

Comercial: Ramo \_\_\_\_\_  Libre Ejercicio Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_

Carácter con el que actúa: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Oficio u Ocupación: \_\_\_\_\_

## PLANES Y COBERTURA

Plan Seleccionado: DIAMANTE Monto de Cobertura Bs. 1.200.000 Cuota Anual Contrato Bs. \_\_\_\_\_

Vigencia del Contrato: Desde 09/01/2017 Hasta 09/01/2018

## DATOS DE LOS AFILIADOS FAMILIARES

Nombre y Apellido	Parentesco	F. Nac.:	C.I.:	Sexo:	Edad:	Tarifa Anual Bs.

TOTAL AFILIADO FAMILIAR Bs. \_\_\_\_\_

## DATOS DEL ASESOR DE VENTAS

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Tif. \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## CUOTAS DE AFILIACIÓN

Cuota Anual Contrato Bs. \_\_\_\_\_ Inicial Bs. \_\_\_\_\_ (% ) No. de Cuotas \_\_\_\_\_ c/u Bs. \_\_\_\_\_

Doy Fe que el dinero utilizado para el pago de las cuotas del presente contrato provienen 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 derivadas de operaciones ilícitas.

**"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia No.FSAA-2-5-001950 de fecha 07 de agosto de 2014, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 40.497, de fecha 15 de septiembre de 2014"**

Marque con una X	SI	NO
¿Sufrió usted o alguno de los afiliados familiares del contrato, en los últimos 5 años algun accidente y / o intervención quirúrgica?		
¿Usted o alguno de los afiliados familiares del contrato, adolecen algun defecto físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertension arterial, insuficiencia renal, diabetes, hepatitis ?		
¿Goza usted y los afiliados familiares del contrato de buena salud ?		

En caso de ser afirmativa alguna de las dos primeras preguntas o negativa la tercera, explique en detalle

Nombre de la persona, tipo de tratamiento o intervención efectuada ( anexe informe médico)

Y en caso de intervención quirúrgica, anexe resultado de anatomía patológica

¿ Están algunas de las personas del grupo a afiliarse, en estado de gravidez, o planean algun tratamiento o intervención quirúrgica?  
Explique

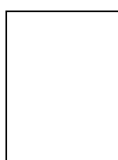
¿Practica algún deporte? Si:  No:  En caso afirmativo, nómbrelos e indique si los ejecuta por hobby o profesionalmente

**IMPORTANTE:** Las declaraciones o informaciones contenidas en esta solicitud junto con las condiciones contenidas en el contrato, contituiran las bases de dicho contrato entre el solicitante y la compañía. El contrato entrará en vigencia a haber obtenido el solicitante el recibo correspondiente a la primera cuota pagada, firmado por un representante autorizado de la compañía . Pero no antes de la fecha de efecto indicada en el contrato. Toda declaracion falsa de hechos o circunstancias conocidas por el afiliado titular o afiliado familiar que hubiera podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, trae consigo la nulidad del mismo.

**NOTA:** Para el mejor manejo de la información contenida, en esta solicitud, le agradecemos no hacer tachaduras ni enmiendas.

**AUTORIZACION Y COMPROMISO:** Autorizo a las Compañías o Instituciones, para suministrar a Salud Vital, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a Salud Vital, a recabar cualquier informacion relacionada con el riesgo y a verificar los datos de esta solicitud de Servicios Médicos Integrales

Maracaibo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



Firma del Propuesto

Huella Dactilar del

Afiliado Titular

Propuesto afiliado Titular  
(OBLIGATORIO)

Firma del Asesor- Código