

Cotización Nro.: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Datos del Solicitante / Tomador

Datos de Identificación: Persona Natural

| | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| No. Cl./ Pasaporte: | | Nacionalidad: | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Venezolana | <input type="checkbox"/> Extranjera | <input type="checkbox"/> No residente | <input type="checkbox"/> Pasaporte |
| 1er. Apellido: | | 2do. Apellido: | | Apellido de Casada: | |
| | | | | | |
| 1er. Nombre: | | | 2do. Nombre: | | |
| | | | | | |
| Sexo: | | Estado Civil: | | | Fecha de Nacimiento: |
| <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> Casado(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> Soltero(a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| Actividad Económica: | | Especifique: | | | |
| <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Profesional | | | | |
| Profesión: | | | Ocupación: | | |
| | | | | | |

Datos de Identificación: Persona Jurídica

| | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------|--|--------------|--|
| Tipo de Persona: | | Nro. de RIF: | | Nro. de NIT: | |
| <input type="checkbox"/> Jurídica | <input type="checkbox"/> Gubernamental | | | | |
| Denominación de la Razón Social: | | | | | |
| | | | | | |
| Siglas / Nombre Comercial: | | | | | |
| | | | | | |
| Fecha de Constitución: | | Nro. de Registro: | | Tomo No.: | |
| | | | | | |
| Actividad Económica: | | Especifique: | | | |
| <input type="checkbox"/> Comercial | <input type="checkbox"/> Gubernamental | | | | |

Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

| | | |
|------------------------|---|---|
| Ingreso Anual (en Bs.) | <input type="checkbox"/> Menor a 30.000,00 | <input type="checkbox"/> Igual o mayor a 30.000,00 |
| Patrimonio (en Bs.) | <input type="checkbox"/> Menor a 100.000,00 | <input type="checkbox"/> Igual o mayor a 100.000,00 |

Dirección de Habitación: Persona Natural / Dirección de Empresa: Persona Jurídica

| | | | | | |
|--|--|-------------------------|----------------------|-------------------------|------------|
| País: | | Estado: | | Ciudad: | |
| | | | | | |
| Urbanización: | | | Av./ Calle /Transv.: | | |
| | | | | | |
| CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local: | | | | Piso Nro. /Nivel: | Of./Apto.: |
| | | | | | |
| Telf. (Cód.) Nro.: | | Telf. Cel. (Cód.) Nro.: | | Otro Telf. (Cód.) Nro.: | |
| | | | | | |
| Fax: (Cód.) Nro.: | | | | | |
| | | | | | |
| E-mail: | | | | | |
| | | | | | |
| Dirección de Cobro (especifique): | | | | | |
| | | | | | |

Beneficiarios

| Aseg. Nro. | Apellidos y Nombres | Parentesco | Nro. de Cl o Nro. de Pasaporte | Fecha de Nacimiento | Sexo | % Participación |
|------------|---------------------|------------|--------------------------------|---------------------|------|-----------------|
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |

Plan: Vida Entera Temporal Dotal Vida Entera-Crecimiento Temporal Temporal Creciente

Coberturas Solicitadas

| Coberturas | Suma Asegurada | |
|---|-------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Básica (Muerte) | | Duración del Seguro _____ años |
| <input type="checkbox"/> Muerte Accidental | | Período de Pago de Primas _____ años |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente | | Sólo para planes Vida Entera-Crecimiento Temporal y Temporal Creciente: Porcentaje de Incremento Anual de la Suma Asegurada |
| <input type="checkbox"/> Supervivencia (sólo Plan Dotal) | Igual a la básica | Básica _____ % |

Forma de Pago de Primas: Temporal Vitalicio Frecuencia de Pago de Primas: Anual Semestral Trimestral

Otros Seguros

| Póliza Nro. | Compañía | Plan | Antigüedad | Monto | Vigente | Anulada | Causa de Anulación |
|-------------|----------|------|------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Declaración de Salud

| | |
|---|---|
| 1.- ¿Gozan ustedes de buena salud? Estatura: _____ Mts.: _____ Cms Peso: _____ Kgs. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2.- ¿ Tiene planeado tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas? Explique: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3.- ¿ Ha presentado un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad?, indique: Fecha, Compañía y Causa: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4.- ¿Consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (Heroína, Cocaína, Marihuana)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5.- ¿Ha tenido algún cambio de peso, ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos dos (2) años? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6.- ¿Ha sido paciente en algún hospital, clínica o sanatorio? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7.- ¿Se ha practicado algún chequeo, consulta médica por enfermedad o cirugía en los últimos cinco (5) años? Resultado: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8.- ¿Práctica usted o alguno de sus familiares algún deporte o actividad peligrosa que atente contra su integridad física ? (Submarinismo, carreras motorizadas, alpinismo, hipismo, paracaidismo, vuelo en ícaro, espeleología) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9.- Sufre o ha sufrido alguna vez de (En caso afirmativo subraye la enfermedad que corresponda): | |
| a.- <i>Enfermedades de la piel, ojos, oídos, nariz o garganta (desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis, Cataratas, Hipertrofia de Cornetes, Timpanocentesis, Timpanoplastia)</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b.- <i>Enfermedades respiratorias (ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía, neumonía, bronconeumonía)</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c.- <i>Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión Arterial, infarto al Miocardio, Arritmia Cardíaca, soplo en el corazón, Aneurisma, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Varices)</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| d.- <i>Enfermedades Digestivas (Gastritis, Úlcera Péptica, Afecciones Hepáticas, Cálculos Vesiculares, Hemorroides, Alteraciones Pancreáticas, Recto, Enfermedad Diverticular de Colon, Ictericia, Sangramiento Intestinal, Úlcera Estomacal, Indigestión Recurrente)</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| e.- <i>Enfermedades genito-urinarias (Albúmina, sangre, pus, o Infecciones en la orina, cálculos u otra alteración en los riñones, vejiga o próstata, varicocele, fimosis, parafimosis, nefritis).</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| f.- <i>Enfermedades Venéreas, Infecciosas o Parasitarias (Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis, Meningitis, Amibiasis, Bilharzia)</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| g.- <i>Enfermedades de la Mujer (Sangramiento Genital, Fibroma Uterino, Prolapso Genital, Incontinencia Urinaria, Afecciones en las Trompas y Ovarios, Glándulas Mamarias, Osteoporosis, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Pólipos Endometriales)</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| h.- <i>Enfermedades Osteomusculares (Neuritis, Ciática, Gota, Reumatismo, Hernias Discales, Artritis, Desviación de la Columna Vertebral, Problemas en las Articulaciones, Trastornos de los Ligamentos de las Rodillas y Meniscos)</i> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| | |
|---|---|
| i.- Enfermedades del Sistema Endocrino (Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| j.- Enfermedades del Sistema Nervioso (Epilepsia, Convulsiones, Parálisis, Retardo Mental o Trastorno Mental, Mareos, Polineuropatías, vértigos, desmayos, dolores de cabeza, defectos del habla, embolia.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| k.- Ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores benignos, adenomas benignos de la mama, cáncer, enfermedades hematológicas. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| l.- Defecto físico, anomalía o enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico y somático | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| m.- ¿Ha tenido alguna alteración en la menstruación, en algún embarazo, en los órganos femeninos o en los senos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| n.- ¿Está usted embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si alguna de estas preguntas fue contestada afirmativamente identifique al Asegurado y detalle. En caso de enfermedades describa diagnóstico, fecha, duración, nombre y dirección de los médicos que lo atendieron. Adjunte informe médico o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones y documentos relacionados con el padecimiento declarado.

¿Ha padecido algún familiar de tuberculosis, diabetes, cáncer, enfermedades del corazón o los riñones, enfermedad mental o suicidio?

| Parentesco | Causa del Fallecimiento | Edad al Fallecer |
|------------|-------------------------|------------------|
| | | |
| | | |

Declaración del Solicitante

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Declaro(amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto.

Autorizo(amos) la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de la Compañía.

Lugar y Fecha Declaración: _____, ____/____/____

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------|-----------------|
| Razón Social / Apellidos y Nombres: | Nro. de C.I./R.I.F.: | Firma Tomador: | Firma Asegurado |
| | | | |

Intermediario:

| | | | |
|------------------------------------|---------|------------------|-------|
| Apellidos y Nombres Intermediario: | Código: | % Participación: | Firma |
| | | | |