

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

Datos del Solicitante / Tomador

Datos de Identificación: Persona Natural

No. Cl./ Pasaporte:	Nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Pasaporte	País de origen:	Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera			
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

