

Cotización Nro.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Datos del Solicitante / Tomador

#### Datos de Identificación: Persona Natural

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

#### Datos de Identificación: Persona Jurídica

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	Nro. de R.I.F.:	Nro. de N.I.T.:
Denominación de la Razón Social:		
Siglas / Nombre Comercial:		
Fecha de Constitución:	Nro. de Registro:	Tomo Nro.:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental	Especifique:	

#### Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.)  Menor a 30.000,00  Igual o mayor a 30.000,00

Patrimonio (en Bs.)  Menor a 100.000,00  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:	Ofic./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 C.I. o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Participación
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**Coberturas Solicitadas**

Coberturas	Suma Asegurada	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Básica (Muerte)</b>		Porcentaje de Incremento Anual de la Suma Asegurada Básica _____ %
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Supervivencia</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Muerte Accidental</b>		Edad de Terminación del Seguro _____ años
<input type="checkbox"/> <b>Incapacidad Total y Permanente</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Seguro Temporal</b>		Período de Pago de Primas _____ años

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"/>	
					<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.- Enfermedades de la piel, ojos, oídos, nariz o garganta (desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis, Cataratas, Hipertrofia de Cornetes, Timpanocentesis, Timpanoplastia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b.- Enfermedades respiratorias (ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía, neumonía, bronconeumonía)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c.- 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)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d.- Enfermedades Digestivas (Gastritis, Úlcera Péptica, Afecciones Hepáticas, Cálculos Vesiculares, Hemorroides, Alteraciones Pancreáticas, Recto, Enfermedad Diverticular de Colon, Ictericia, Sangramiento Intestinal, Úlcera Estomacal, Indigestión Recurrente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e.- 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).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
f.- Enfermedades Venéreas, Infecciosas o Parasitarias (Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis, Meningitis, Amibiasis, Bilharzia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
g.- 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)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
h.- 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)	<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 de que el dinero utilizado para el pago de prima de la póliza, bien sea en efectivo, divisas, cheques, transferencias, bonos, etc., proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes, valores, títulos, capitales o sus excedentes, producto de las actividades o acciones a que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

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
------------------------------------	---------	------------------	-------

Aprobada por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio Nro. 0154 de fecha 14 de enero de 2005.