

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. No.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Nro. de CI 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"/> <b>Básica (Muerte)</b>		Duración del Seguro _____ años
<input type="checkbox"/> <b>Muerte Accidental</b>		Período de Pago de Primas _____ años
<input type="checkbox"/> <b>Incapacidad Total y Permanente</b>		<b>Sólo para planes Vida Entera-Crecimiento Temporal y Temporal Creciente:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Supervivencia (sólo Plan Dotal)</b>	Igual a la básica	Porcentaje de Incremento Anual de la Suma Asegurada 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.  Sí  No

2.- ¿ Tiene planeado tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas? Explique:  Sí  No

3.- ¿ Ha presentado un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad?, indique: Fecha, Compañía y Causa:  Sí  No

4.- ¿ Consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (Heroína, Cocaína, Marihuana)?  Sí  No

5.- ¿Ha tenido algún cambio de peso, ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos dos (2) años?  Sí  No

6.- ¿Ha sido paciente en algún hospital, clínica o sanatorio?  Sí  No

7.- ¿Se ha practicado algún chequeo, consulta médica por enfermedad o cirugía en los últimos cinco (5) años? Resultado:  Sí  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)  Sí  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)*  Sí  No

b.- *Enfermedades respiratorias (ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresia, neumonía, bronconeumonía)*  Sí  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)*  Sí  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)*  Sí  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).*  Sí  No

f.- *Enfermedades Venéreas, Infecciosas o Parasitarias (Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis, Meningitis, Amibiasis, Bilharzia)*  Sí  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)*  Sí  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)*  Sí  No

