

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"/> <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><br>Porcentaje de Incremento Anual de la Suma Asegurada |
| <input type="checkbox"/> <b>Supervivencia (sólo Plan Dotal)</b> | 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.- ¿Consumo 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 |
|                                    |         |                  |       |