



ASESORIA EN PLANIFICACIÓN FINANCIERA Y PROTECCIÓN DE PATRIMONIALES.

LOS ESPECIALISTAS EN SEGUROS

PLANILLA DE SOLICITUD DE PROPUESTA DE COTIZACIÓN DE PÓLIZA COLECTIVA DE RAMO DE PERSONA

SALUD-HCM <input type="checkbox"/>	SERVICIOS FUNERARIOS <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) <input type="checkbox"/>
VIDA <input type="checkbox"/>	ACCIDENTES PERSONALES <input type="checkbox"/>	

DATOS PERSONALES TITULAR

Nombres: _____	Profesión u oficio: _____
Apellidos: _____	N° RIF: _____
C.I. N°/Pasaporte: _____	Dirección de habitación: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____	Teléfono de habitación: _____
Edad: _____	E-mail: _____
Estado civil: _____	Teléfono Móvil: _____
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	



ASESORIA EN PLANIFICACIÓN FINANCIERA Y PROTECCIÓN DE PATRIMONIALES.

LOS ESPECIALISTAS EN SEGUROS

DATOS LABORALES

Nombre o Razón Social (Indique las siglas si las tiene) para la cual labora: _____ N° RIF: _____ Dirección de la Oficina: _____ Ubicación administrativa: _____ Cargo que desempeña: _____ Tipo de Personal: Fijo <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/>	Tiempo de Antigüedad: _____ E-mail institucional: _____ Teléfono de Oficina: _____ Teléfono Móvil: _____
--	---

AFILIADOS

NOMBRE Y APELLIDO	N° CÉDULA	PARENTEZCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO

OBSERVACIONES: _____

FECHA _____

FIRMA TITULAR _____

FIRMA ASESOR _____