

Póliza: ☐ Individual ☐ Colectiva Cotización Nro.: _____

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:	En caso de Póliza Colectiva (Fecha de Ingreso a la Empresa):	

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 Nro.:
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

Pais:	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):		

Datos del Grupo Asegurador de la Póliza

Aseg. Nro.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Nro. de Cl o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso	Marque una (X) para Cobertura de Maternidad
1.		Titular						<input type="checkbox"/>
2.								<input type="checkbox"/>
3.								<input type="checkbox"/>
4.								<input type="checkbox"/>
5.								<input type="checkbox"/>
6.								<input type="checkbox"/>

Cobertura y Anexos						
		Básica			Exceso	
Suma Asegurada						
Deducible						
Aseg. Nro.	Otros Seguros					
	Póliza Nro.	Compañía	Monto	Vigente	Anulada	Causa de la 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?						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.- ¿Usted u otra persona a incluir en el seguro tiene planeado tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas? Explique:						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.- ¿Ha presentado usted u otra de las personas a incluir en el seguro un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad?, indique: Fecha, Compañía y Causa:						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.- ¿Alguna de las personas a ser incluidas 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.- Sufren o han 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, 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)						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e.- Enfermedades genito-uritarias (Albúmina, sangre, pus, o Infecciones en la orina, cálculos u otra alteración en los riñones, vejiga o próstata, varicocele, fimosis, paraquimosis).						<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

