

Póliza: Individual Colectiva Cotización No.: _____

Datos del Solicitante / Tomador
Datos de Identificación: Persona Natural

No. CI./ 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: <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		No. de RIF:	No. de NIT:
Denominación de la Razón Social:			
Siglas / Nombre Comercial:			
Fecha de Constitución:		No. de Registro:	Tomo No.:
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 30.000.000,00 Igual o mayor a 30.000.000,00

 Patrimonio (en Bs.) Menor a 100.000.000,00 Igual o mayor a 100.000.000,00

Dirección de Habitación: Persona Natural / Dirección de Empresa: Persona Jurídica

País:		Estado:		Ciudad:	
Urbanización:			Av./ Calle /Transv.:		
CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:				Piso No. /Nivel:	Of./Apto.
Telf. (Cód.) No.:	Telf. Cel. (Cód.) No.:	Otro Telf. (Cód.) No.:	Fax: (Cód.) No.:		
E-mail:					
Dirección de Cobro (especifique):					

Datos del Grupo Asegurador de la Póliza

Aseg. No.	Apellidos y Nombres	Parentesco	No. de CI o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso	Marque una (X) para Cobertura de Maternidad
1.		<i>Titular</i>						<input type="checkbox"/>
2.								<input type="checkbox"/>
3.								<input type="checkbox"/>
4.								<input type="checkbox"/>
5.								<input type="checkbox"/>
6.								<input type="checkbox"/>

Coberturas y Anexos		
	Básica	Exceso
Suma Asegurada		
Deducible		

Aseg. No.	Otros Seguros					Causa de Anulación
	Póliza N°	Compañía	Monto	Vigente	Anulada	
				<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-urinarias (Albúmina, sangre, pus, o Infecciones en la orina, cálculos u otra alteración en los riñones, vejiga o próstata, varicocele, fimosis, parafimosis).	<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

