

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO INTEGRAL DE CONSULTORIOS MÉDICOS UNICONSULTORIO

En base a la información suministrada a continuación, la ASEGURADORA debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes.

Tipo de solicitud: Modificación: <input type="checkbox"/>	Emisión: <input type="checkbox"/> Inclusión: <input type="checkbox"/>	Sucursal emisora:	Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>
--	--	-------------------	---

Datos Particulares del Seguro:

Nº de Cotización:	Fecha de solicitud:	Tipo de Póliza: Individual <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/>
Vigencia del Seguro: Desde: 12 A.M. Hasta: 12 A.M.	Frecuencia de Pago de la Prima: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique:	Frecuencia de Pago de la Prima:

TOMADOR

Apellidos y Nombres / Razón Social:	C.I. / R.I.F./Pasaporte:	Tipo de persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>
Nacionalidad: Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>	Area o Ramo:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Profesión:	Oficio u Ocupación: Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>	Ingreso anual Bs.:
Dirección de Habitación:		
Urbanización:	Municipio:	Ciudad:
Estados:	E-Mail:	Pais:
Teléfonos:	Fax:	
Dirección de Oficina:		
Urbanización:	Municipio:	Ciudad:
Estados:	E-Mail:	Pais:
Teléfonos:	Fax:	
Dirección de Cobro:		
Urbanización:	Municipio:	Ciudad:
Estados:	E-Mail:	Pais:
Teléfonos:	Fax:	
De ser persona Jurídica, indique los siguientes datos:		
Nombre comercial:	Siglas/Nombre Comercial:	
Fecha de Constitución:	Tomo Nº:	

PROPUESTO ASEGURADO

Nombres y Apellidos / Razón Social:	C.I. / R.I.F./ Pasaporte:	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>
Nacionalidad: Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	Edad:
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>	Area o Ramo:	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Profesión:	Oficio u Ocupación: Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección de Habitación:		
Urbanización:	Municipio:	Ciudad:
Estados:	E-Mail:	Pais:
Teléfonos:	Fax:	
Dirección de Oficina:		
Urbanización:	Municipio:	Ciudad:
Estados:	E-Mail:	Pais:
Teléfonos:	Fax:	

REPRESENTANTE DEL TOMADOR Y/O DEL PROPUESTO ASEGURADO

Apellidos y Nombres / Razón Social:	C.I. / R.I.F./ Pasaporte:	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/>
Nacionalidad: Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	Edad:
Ingreso anual Bs.:	Profesión:	Oficio u Ocupación: Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>	Area o Ramo:	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Dirección de Habitación:		
Urbanización:	Municipio:	Ciudad:
Estados:	E-Mail:	Pais:
Teléfonos:	Fax:	
Dirección de Oficina:		
Urbanización:	Municipio:	Ciudad:
Estados:	E-Mail:	Pais:
Teléfonos:	Fax:	

UBICACIÓN DEL CONSULTORIO A ASEGURAR

Dirección:	Teléfono:
Linderos:	
NORTE:	SUR:
ESTE:	OESTE:

CARACTERÍSTICAS DEL CONSULTORIO A ASEGURAR

	SI	NO
1. ¿La estructura está construida con ladrillo, piedra o concreto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El Techo es de platabanda, losa de cemento o teja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Las paredes están construidas con ladrillo, piedra o concreto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Esta protegido el inmueble con alarma contra robo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuenta el inmueble con vigilancia privada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Están protegidas las puertas con rejas de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Están protegidas las ventanas con rejas fijas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El inmueble es de uso vacacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿El inmueble esta habitado sólo por Ud. y su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Existe alguna persona alquilada en el inmueble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Deja el inmueble deshabitado durante algún período en el año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿El inmueble es utilizado para alguna otra actividad comercial? Si es afirmativa su respuesta, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿El inmueble está en buenas condiciones de habitabilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

