



**PLANILLA DE SEGURO DE VIDA**

**Información del Asegurado**

<b>Nombre y Apellido:</b>	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: Mes ___ Día ___ Año ____
<b>Dirección:</b>	
Teléfono ( )	e-mail:
<b>Licencia de Conducir #</b>	
<b>Seguro Social #</b>	
<b>Ciudadano Americano</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Residencia Permanente #:</b>	
<b>Ö Permiso Permanente #:</b>	
<b>En caso de No tener Res o Permiso Permanente</b>	
<b># de Pasaporte</b>	
<b>Fecha de emisión</b>	
<b>Fecha de vencimiento</b>	
<b># De Visa</b>	
<b>Fecha de Emisión de la Visa</b>	
<b>Fecha de Vencimiento de la Visa</b>	
<b>Ocupación:</b>	
<b>Nombre del Empleador:</b>	
<b>Ingresos:</b>	Anual \$: _____ Familiar \$: _____ Patrimonial \$ _____

**Dueño de Póliza/Si no es el Asegurado**

<b>Nombre y Apellido:</b>	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: Mes ___ Día ___ Año ____
<b>Dirección:</b>	
Teléfono ( )	e-mail:
<b>Licencia de Conducir #</b>	
<b>Residencia:</b>	Ciudadania <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo <input type="checkbox"/> # de Permiso de trabajo: _____

**Beneficiarios**

Nombre y Apellido:	Fecha de Nacimiento	(%)	Parentesco
1.-	____/____/____		
2.-	____/____/____		
3.-	____/____/____		

**Beneficiarios Contingentes**

Nombre y Apellido:	Fecha de Nacimiento	(%)	Parentesco
1.-	____/____/____		
2.-	____/____/____		

**Contactos de Emergencia (\*)**

Nombre y Apellido:	Teléfono	Parentesco
1.-		
2.-		
3.-		

(\*) Personas diferentes a los beneficiarios que NO vivan con ud.

## Información General

1. Durante los últimos 5 años se ha declarado culpable, ha sido condenado por violencia o DUI o ha tenido licencia de conducir suspendida?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Alguna vez ha sido convicto de un delito menor o mayor?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Ha estado o esta actualmente involucrado en bancarrota que no ha sido dada de alta o saldada?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Participa en algún deporte extremo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Participa en alguna actividad de aviación diferente a ser pasajero?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Tiene contratado algún seguro de vida, invalidez o anualidad? <b>Indique:</b> <b>Compañía:</b> _____ <b>Monto Asegurado:</b> _____ <b>Póliza #:</b> _____ (no obligatorio)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. Ha sido rechazado por un seguro de vida, salud o discapacidad?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. En los últimos 12 meses ha aplicado o tiene solicitudes de vida o discapacidad pendientes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. Pretende reemplazar con esta póliza una existente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10. El asegurado considera usar los fondos del seguro de vida o anualidad para la póliza a la que está aplicando?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11. Ha sido diagnosticado con VIH o ARC?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12. Ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento por caídas, parálisis, entumecimientos, temblores, desequilibrio o cualquier condición que cause movimiento limitado?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
13. Ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento por pérdida de memoria, confusión o amnesia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14. Usa silla de rueda, caminador, bastón, cama clínica, máquina de diálisis, respirador?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
15. Necesita asistencia o supervisión para: tomar medicamentos, hacer los deberes de la casa, bañarse, comer, vestirse, ir al baño, trasladarse, incontinencia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

## Historial Familiar

Madre Vive: Si  No  Edad: \_\_\_\_\_ Edad de Fallecimiento: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

Padre Vive: Si  No  Edad: \_\_\_\_\_ Edad de Fallecimiento: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

## Cuestionario Médico

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ultima visita (Mes y Año): \_\_\_\_\_

Motivo y Resultado de visita: \_\_\_\_\_

Altura (ft): \_\_\_\_\_ Peso (lbs): \_\_\_\_\_

Ha ganado peso en los últimos 12 meses: Si  No

<p>1. Actualmente esta tomando algún medicamento?</p> <p>Indique nombres: 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____</p> <p>Desde cuando la toma: 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____</p> <p>Diagnóstico: 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____</p>	<p><b>Si</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b></p> <input type="checkbox"/>
<p>2. En los últimos 5 años ha usado algún tipo de producto que contega tabaco?</p> <p>Tipo de Producto: _____</p> <p>Frecuencia: _____</p> <p>Utimo día de uso: _____</p>	<p><b>Si</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b></p> <input type="checkbox"/>
<p>3. En los últimos 5 años ha trabajado medio tiempo, recibido compensación laboral o aplicado por discapacidad?</p> <p>A- Ataques o enfermedades cardíacas, palpitaciones, soplo cardíaco, dolores de pecho, alta presión arterial, derrame cerebral, anemia o alguna enfermedad en la sangre o en el sistema circulatorio?</p> <p>B- Enfisema, asma, dificultad para respirar, bronquitis, tuberculosis, transtorno de la garganta o la nariz, apnea del sueño o cualquier enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio?</p> <p>C- Desorden del sistema nervioso, mareos, epilepsia, convulsiones, parálisis, transtornos cerebrales u oculares o dolores de cabeza?</p> <p>D- Enfermedad del hígado, estómago, intestino, páncreas, hepatitis, vesícula biliar, colon o alguna enfermedad del sistema digestivo?</p> <p>E- Columna vertebral, cadera, rodilla, hombro, espalda, huesos, músculos, artritis, tiroides, gota, articulaciones?</p>	<p><b>Si</b></p> <input type="checkbox"/>  <p><b>Si</b></p> <input type="checkbox"/>  <p><b>Si</b></p> <input type="checkbox"/>  <p><b>Si</b></p> <input type="checkbox"/>  <p><b>Si</b></p> <input type="checkbox"/>	<p><b>No</b></p> <input type="checkbox"/>  <p><b>No</b></p> <input type="checkbox"/>  <p><b>No</b></p> <input type="checkbox"/>  <p><b>No</b></p> <input type="checkbox"/>  <p><b>No</b></p> <input type="checkbox"/>

F- Enfermedades urinarias, proteínica, azúcar o sangre en la orina riñón, mama, próstata, vejiga?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
G- Depresión, ansiedad, bipolaridad, pérdida de la memoria, alzhéimer, demencia, TEPT?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
H- Cáncer, Pólipos u otros tumores?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
I- Diabetes o nivel elevado de azucar en la sangre?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Enfermedad o condición que haya requerido una amputación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Transtorno autoinmune como lupus, ceguera, polio, parkinson, huntington, lou gehrig, esclerosis múltiple o enfermedad motriz?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. En los últimos 10 años ha usado marihuana, cocaína, heroína o alguna droga ilícita o sustancia controlada?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. En los últimos 5 años le han hecho radiografías, electrocardiograma o alguna otra prueba diagnóstico? Ha sido admitido en un hospital, planea ingresar dentro de los 30 días o tiene alguna cita pendiente con el Doctor?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. Historia familiar con cáncer, enfermedades cardíacas, enfermedad de huntington o enfermedad del riñón?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

## Información de Prima

PRIMA: ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL  MENSUAL

Monto de Cobertura \$: \_\_\_\_\_ Prima: \$ \_\_\_\_\_

Fecha de Debito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clasificación de Riesgo:

### INFORMACIÓN BANCARIA:

NOMBRE BANCO:	
RUTA #	
CUENTA #	

Yo autorizo (nombre de la Compañía): \_\_\_\_\_ para debitar a la prima de mi cuenta de:

Cheque  Ahorro

Firmado el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

Declaración del agente: Yo certifico que he registrado verdadera y fielmente en este formulario, la información proporcionada por el asegurado.

\_\_\_\_\_  
Firma Agente de Seguro

