

Póliza #: _____

INFORMACION DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
MES / DIA/ AÑO

DIRECCIÓN: _____

EMAIL: _____ **TELEF:** _____

PAIS DE NACIMIENTO: _____
MES / DIA/ AÑO

LICENCIA DE CONDUCIR #: _____ **SEGURO SOCIAL #:** _____

CIUDADANO AMERICANO SI NO

RESIDENCIA PERMANENTE O PERMISO DE TRABAJO #: _____

EN CASO DE NO TENER RESIDENCIA O PERMISO PERMSISO DE TRABAJO, POR FAVOR INDIQUE:

DE PASAPORTE: _____ **FECHA DE EMISION** _____
MES / DIA/ AÑO

FECHA DE VENCIMIENTO: _____ **#DE VISA:** _____
MES / DIA/ AÑO

FECHA EMISION VISA: _____ **FECHA DE VENCIMIENTO VISA:** _____
MES / DIA/ AÑO MES / DIA/ AÑO

INFORMACION DE TRABAJO

OCUPACION _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR _____

INGRESOS ANUALES \$: _____ **INGRESOS FAMILIARES \$:** _____

PATRIMONIO NETO \$: _____ **PATRIMONIO FAMILIAR \$:** _____

DUEÑO DE LA PÓLIZA / SI NO ES EL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO: _____

SEXO: F M **LUGAR DE NACIMIENTO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
MES / DIA/ AÑO

TELEFONO: EMAIL:

DIRECCIÓN:

LICENCIA DE CONDUCIR #: CIUDADADANO: SI NO

RESIDENCIA O PERMISO DE TRABAJO #:

INFORMACION GENERAL	SI	NO
1.- Durante los últimos 5 años se ha declarado culpable, ha sido condenado por violencia o DUI o ha tenido licencia de conducir suspendida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Alguna vez ha sido convicto de un delito menor a mayor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Ha estado o esta actualmente involucrado en bancarrota que no ha sido dada de alta o saldada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Participa en algún deporte extremo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Participa en alguna actividad de aviación diferente a ser pasajero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Tiene contratado algún seguro de vida, invalidez o anualidad? Indique: Compañía: _____ Monto Asegurado: _____ # de Póliza: _____ (no obligatorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.-Ha sido rechazado por un seguro de vida, salud o discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- En los últimos 12 meses ha aplicado o tiene solicitudes de vida o discapacidad pendientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- Pretende reemplazar con está póliza una existente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- El asegurado considera usar los fondos del Seguro de Vida o anualidad para la póliza que está aplicando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- Ha sido diagnosticado con VIH ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- Ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento por caídas, parálisis, entumecimientos, temblores, desequilibrio o cualquier condición que cause movimiento limitado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.- Ha sido diagnosticado o ha recibido tratamiento por pérdida de memoria, confusión o amnesia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI

NO

14.- Usa silla de rueda, caminador, bastón, cama clínica, máquina de diálisis, respirador?

15.- Necesita asistencia o supervisión para: tomar medicamentos, hacer los deberes de la casa, bañarse, comer, vestirse, ir al baño, trasladarse, incontinencia?

HISTORIAL FAMILIAR

Madre Vive: SI NO

Edad de Fallecimiento _____ Causa _____

Padre Vive SI NO

Edad de Fallecimiento _____ Causa _____

CUESTIONARIO MÉDICO

SI

NO

1.- Actualmente esta tomando algún medicamento?

Indique Nombres: 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____

Diagnóstico: 1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____

2.- En los últimos 5 años ha usado algún tipo de producto que contenga tabaco?

Tipo de Producto:

Frecuencia:

Último día de uso:

3.- En los últimos 5 años ha trabajado medio tiempo, recibido compensación laboral o aplicado por discapacidad?

Indique las razones (en caso afirmativo):

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?

B-Enfisema, asma, dificultad para respirar, bronquitis, tuberculosis, trastorno de la garganta o la nariz, apnea del sueño o cualquier enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio?

C-Desorden del sistema nervioso, mareos, epilepsia, convulsiones, parálisis, trastornos cerebrales u oculares o dolores de cabeza?

D- Enfermedad del hígado, estómago, intestino, páncreas, hepatitis, vesícula biliar, colon o alguna enfermedad del sistema digestivo?

SI **NO**

E- Columna vertebral, cadera, rodilla, hombro, espalda, huesos, músculos, artritis, tiroides, gota, articulaciones?

F- Enfermedades urinarias, proteínica, azúcar o sangre en la orina riñón, mama, próstata, vejiga?

G- Depresión, ansiedad, bipolaridad, pérdida de la memoria, alzheimer, demencia, TEPT?

H- Cáncer, Pólipos u otros tumores?

I- Diabetes o nivel elevado de azúcar en la sangre?

4. Enfermedad o condición que haya requerido una amputación?

5. Trastorno autoinmune como lupus, ceguera, polio, parkinson, huntington, lou gehrig, esclerosis múltiple o enfermedad motriz?

6. En los últimos 10 años ha usado marihuana, cocaína, heroína o alguna droga ilícita o sustancia controlada?

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?

De ser la respuesta explique (incluya mes y año): _____

8. Historia familiar con cáncer, enfermedades cardíacas, enfermedad de huntington o enfermedad del riñón?

Beneficiarios

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	(%)	Parentesco

Beneficiarios Contingentes

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	(%)	Parentesco

Contactos de Emergencias

Nombre y Apellido	Telefono	Parentesco

Información de la Prima

Prima Anual Semestral Trimestral Mensual

Clasificación de Riesgo:

Prima \$:

Información Bancaria

Nombre del Banco:	
RUTA #:	
CUENTA #:	

Yo autorizo (nombre de la Compañía) a: _____

para debitar el monto de la prima a la cuenta de:

Cheque

Ahorro

Firmado el día _____ del mes _____ y año 202____.

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.