



SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA ASEGURADO

VIDA ORDINARIO DOTAL TEMPORAL / SUMA NIVELADA PAGOS LIMITADOS
BENEFICIOS ADICIONALES BIT PASI DOBLE INDEMNIZACION NINGUNO
 TRIPLE INDEMNIZACION

SUMA ASEGURADA

A) DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo (según Identificación)				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Sexo
		Día Mes Año		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
				Nacionalidad 1
				Nacionalidad 2
				Estatura _____ Metros
				Peso _____ Libras
Número de Identificación		Tipo de Identificación		No. de RTN
		Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/>		
Correo electrónico		Estado Civil		Nombre del conyuge (si aplica)
Dirección completa de residencia actual				Municipio actual
				Departamento actual
				Teléfono de residencia
				Número de celular
Profesión,oficio o actividad económica		Nombre de la empresa donde labora		Posición o cargo que desempeña
Tiempo de laborar en la empresa		Nombre del negocio (si es propietario)		Giro o actividad economica del Negocio (si aplica)
Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)				Dirección completa del negocio (si aplica)
Municipio		Departamento		
Giro o actividad económica de la empresa		Teléfono de la empresa		Correo electrónico empresarial
A que se dedica <input type="radio"/> Asalariado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Rentista <input type="radio"/> Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente _____				
<input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Especifique _____				
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual? (Actividad)		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad económica? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 0 - 3 <input type="radio"/>		De 4 - 6 <input type="radio"/>		
De 7 - 10 <input type="radio"/>		De 11 - 20 <input type="radio"/>		Tipo de moneda:
De 21 - 50 <input type="radio"/>		De 50 en adelante <input type="radio"/>		Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
		Fuente de ingresos: _____		
		Valor mensual estimado: _____		

C) FATCA

Tributa para el Gobierno de EUA? Si No Numero de Identificación Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica)
 [] [] [] [] - [] [] [] [] - [] [] [] []

D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si No Cargo: _____ Institución: _____

E) DATOS DEL CONYUGUE (SI APLICA)

Nombre completo _____ Profesion, ocupacion u oficio: _____
 Numero de celular: _____ Nombre de la empresa: _____ Posicion o cargo que desempeña: _____

F) ANTECEDENTES DE SALUD (TITULAR Y/O DEPENDIENTES)

Ha padecido o padece usted o sus dependientes alguna de las siguientes enfermedades, trastornos ó hábitos:	SI/NO	Indicar nombre(s) de la persona en caso afirmativo
1) ¿Del Cerebro o de la médula espinal, de los nervios, depresión o trastornos mentales, por ejemplo: epilepsia, ataques, parálisis, lipotimias, vértigos?		
2) ¿Del aparato respiratorio por ejemplo: asma, bronquitis, neumonía, esputos sanguinolentos, tuberculosis, enfermedades de la laringe?		
3) ¿Enfermedades del corazón y del sistema vascular por ejemplo: defecto cardiaco, dolores de la región precordial, disnea en caso de esfuerzo, hipertensión arterial, derrame, trastornos de circulación en los brazos y piernas?		
4) ¿Del aparato digestivo por ejemplo: úlcera gástrica o duodenal, hemorragia digestiva, diarrea, hepatopatía y cólicos biliares, ictericia?		
5) ¿De los órganos urinarios y sexuales, por ejemplo: nefritis o pielitis, litiasis, prostatitis, micción, dificultosa o dolorosa, al albumina, glucosa o sangre en la orina, sífilis?		
6) ¿Otras enfermedades, dolencias, defectos físicos o trastornos no mencionados expresamente?		
7) ¿Ha estado usted o sus dependiente alguna vez internado en un hospital para diagnóstico o tratamiento?		
8) ¿Ha sufrido usted o sus dependientes alguna intervención quirúrgica?		
9) ¿Se le ha realizado a usted o sus dependientes estudios con rayos X o tratamientos radioterapéuticos o quimioterapias?		
10) ¿Ha tomado o toma usted o sus dependientes habitualmente medicamentos, por ejemplo: narcóticos, anestésicos, morfina u otros, tóxicos embriagadores?		
11) ¿Ha sido tratado usted o sus dependientes alguna vez con medicamentos para el corazón, insulina u otros medicamentos contra diabetes, medicamentos para bajar la presión sanguínea, o ha sido usted o sus dependientes sometidos a tratamientos para terapéutica por shocks?		
12) ¿Ha aumentado de peso en los últimos dos años? ¿Cuánto?		
13) ¿Ha disminuido de peso en los últimos dos años? ¿Cuándo?		
14) ¿Usted fuma? ¿Qué cantidad acostumbra a fumar diariamente?		
15) ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Favor especificar cantidad y frecuencia		
16) ¿Ha tenido algún accidente? ¿Qué secuelas existen a la fecha?		
17) ¿Padece usted de alguna incapacidad, deformidad, defecto físico o mental?		
Cuestionario Femenino		
18) ¿Padeció o padece Ud. actualmente alguna enfermedad de las mamas o de los órganos genitales?		
19) ¿Sus ciclos de menstruación son normales?		
20) ¿Está usted actualmente embarazada? ¿cuantos meses tiene?		
21) ¿Ha tenido partos anteriormente? ¿Cuantos?		
22) ¿Ha sufrido usted partos prematuros, abortos o partos con feto muerto?		
23) ¿Fuerón normales sus partos o por medio de intervención Quirúrgica?		

