

Datos del Contratante o Propuesto Asegurado

Nombres y Apellidos o Razon Social: _____

Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unido

Tipo de Actividad: Comercial o Profesional Estudiante Gubernamental Independiente

Nombre del empleador _____ Ocupación _____

Descripción de Funciones _____ Ingresos: _____ Es zurdo?

Dirección de Trabajo:

Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización: _____

Calle: _____ Vía: _____

Casa Edificio Local C.C.: _____

Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____

Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____

Dirección de Residencia:

Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización: _____

Calle: _____ Vía: _____

Casa Edificio Local C.C.: _____

Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____

Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____

Datos del Propuesto Asegurado, si es diferente al Contratante

Complete si el **Asegurado** es diferente al Contratante:

Nombres y Apellidos o Razon Social: _____

Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unido Profesión u Oficio: _____

Tipo de Actividad: Comercial o Profesional Estudiante Gubernamental Independiente

Dirección de Residencia:

Provincia: _____ Distrito: _____

Corregimiento: _____ Urbanización: _____

Calle: _____ Vía: _____

Casa Edificio Local C.C.: _____

Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____

Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____

Forma de Pago

Tarjeta de Crédito Transferencia Electrónica ACH Transferencia Banca en Línea

Descuento en Planilla

Frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

Coberturas Solicitadas

Plan: Término a edad _____

Término _____ años

Cobertura Básica

Suma Asegurada

Coberturas Opcionales

- Exoneración de Primas por Incapacidad Total y Permanente
- Muerte Accidental y desmembramiento
- Reembolso de Gastos Médicos por accidente
- Incapacidad Total y Permanente por Accidente
- Devolución de Prima

Suma Asegurada

Información del Riesgo

Historia familiar

Parentesco	Edad si vive	¿Estado de Salud? Si no es bueno diga porque	Edad (cuando Fallecio)	Causa de la Muerte Diga la Fecha
Esposo o Esposa				
Madre				
Padre				
Hermanos (as)				

Por favor, contestar todas las preguntas con exactitud. Conteste si o no con una X. De ser afirmativa

SI **NO**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se le ha rechazado, cancelado, recargado, diferido o modificado algún seguro de Vida o Accidentes Personales o negada su rehabilitación? En caso afirmativo indique: Compañía _____ Suma Asegurada _____ Fecha _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene pendiente alguna solicitud de seguro de vida o rehabilitación en alguna otra Compañía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ud ha recibido beneficios o reclamado indemnización o renta por algún accidente, enfermedad o imprevisto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha sido usted objeto de investigación por algún delito donde ha sido indagadoo llamado a juicio o ha participado o esta participando o sospecha que inadvertidamente puede estar participando, individual o en asocio con otras personas en actividades ilícitas o en delito de lavado o blanqueo de dinero o capitales producto de dichas actividades? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha hecho o ha contemplado hacer vuelos como piloto privado, aficionado, estudiante o miembro de tripulación de algún aparato aereo?
.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Viaja con frecuencia como pasajero en avión privado o taxi aéreo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Viaja con frecuencia en aviones comerciales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Practica alguna actividad, pasatiempo, ocupación o deporte peligroso como: paracaidismo. Artes marciales, buceo profesional, carreras de velocidad, alpinismo, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En caso afirmativo de detalles: _____

Beneficiarios Principales

Apellidos, Nombres	Parentesco	N° Cédula o Pasaporte	% Distribución

Beneficiarios Contingentes

Apellidos, Nombres	Parentesco	N° Cédula o Pasaporte	% Distribución

Instrucciones especiales o cesiones

Total de seguros de Vida o Accidentes Personales en Vigor

Mantiene otras pólizas vigentes con esta u otra compañía de seguros?

No Si

En caso afirmativo, favor, detallar

Compañía Aseguradora	Ramo	N° Póliza	Vigencia	Suma Asegurada

Declaración de Fumador/ No Fumador:

¿En la actualidad fuma Ud. o durante los últimos 12 meses ha fumado cigarrillo, cigarro, pipa o tabaco en cualquier forma?

SI NO

En caso afirmativo, de detalles _____ ¿Cuántos fuma al día? _____

¿Ha dejado el hábito de fumar? En caso afirmativo, indique la fecha : _____

Cuestionario Médico

Declaraciones que el Propuesto Asegurado debe completar cuando no se exige Examen Médico y que constituye una y forma parte de la solicitud de Seguro de Vida, por favor, conteste todas las preguntas con exactitud.

Nombre de su médico de cabecera o último médico consultado _____

Motivo de la consulta y fecha _____

¿Le fue recetado algún medicamento o indicado algún tratamiento? favor detallar _____

Estatura: _____ Metros Peso: _____ kilos Libras/ Kilos: ganadas (os) _____ ¿Por qué? _____

_____ Pies _____ libras perdidas (os) _____ ¿Por qué? _____

Conteste SI o NO con una X. De ser afirmativa alguna de sus repuestas, sírvase subrayar la frase pertinente y

	SI	NO
1. ¿Padece alguna enfermedad crónica?		
2. Según su leal saber y entender ¿ha tenido alguna vez o se le ha informado que sufre o a ha sufrido de:		
a. Trastorno de los ojos, oídos nariz o garganta?		
b. Presión arterial anormal, soplos, angina de pecho, ataque del corazón, palpitaciones, enfermedad del corazón, dolor alrededor del corazón, cualquier trastorno cardiaco, o enfermedad del sistema circulatorio o anomalía en la sangre?		
c. Bronquitis, tos persistente, ronquera, esputos sanguíneos, asma, enfisema, pleuresía, tuberculosis, o cualquier otro trastorno de los pulmones, pecho o vías respiratorias?		
d. Cáncer, tumor, quiste, o crecimiento de cualquier clase?		
e. Trastorno intestinal, úlcera del estómago, del duodeno, dispepsia, molestia estomacal, indigestiones repetitivas, colitis, diverticulitis, hernia,		
f. Alergias, anemias u otros trastornos de la sangre, hemorragia de cualquier índole o hemofilia?		
g. Chancro o reacciones alérgicas de sangre positiva a la sífilis o herpes genital?		
h. Infecciones urinarias, hematuria, cálculos en los riñones, vejiga o vías urinarias o cualquier trastorno de los riñones, o conductos genitourinarios?		
i. Diabetes o azúcar en la orina, bocio o problemas de tiroides o cualquier trastorno de las glándulas endocrinas?		
j. Pérdida del conocimiento, ataque cerebrovascular, parálisis, desmayos, mareos, convulsiones, epilepsias o cualquier otro desorden cerebral o del sistema nervioso?		
k. Reumatismo, gota, neuritis ciática, artritis o trastorno de los músculos o de los huesos o cualquier trastorno de la columna vertebral, espalda o articulaciones?		
l. Deformidad, cojera, o amputación?		
m. Alguna otra enfermedad, lesión además de las ya mencionadas?		
n. Intervenciones quirúrgicas?		
3. ¿Ha donado sangre o recibido transfusión durante los últimos 5 años?		
4. ¿Se le ha diagnosticado o realizado estudios por alguna alteración inmunológica?		
5. ¿Ha hecho uso actualmente de medicamentos para el corazón, o para la presión arterial o anormal o una dieta estricta libre de sal o grasa? Tiene colesterol o triglicéridos altos?		
6. ¿Se le ha hecho electrocardiogramas, rayos X, tratamiento de rayos X o de radio? ¿Por qué?		
7. ¿Le han practicado estudios para diagnósticos de cáncer?		
8. En los últimos diez años a Ud. ha:		
a. Tenido o le han dicho que tenía Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida ("SIDA"), Complejo Relacionado al Sida (CRS), o condiciones relacionadas con el SIDA?		
b. Tenido resultados positivos para el anticuerpos al virus (Humano –T Linfotropico Tipo III; VHTL III) del SIDA?		
9. ¿Ha venido usando o hace uso de sedantes, drogas o bebidas alcohólicas?		
10. ¿Se ha sometido o ha sido sometido a tratamientos por alcoholismo o por drogas?		
11. ¿Ha estado internado en un hospital, clínica o sanatorio para examen general, diagnóstico o tratamiento?		

