

Favor llenar este formulario completamente en LETRA IMPRENTA. En caso de no estar completa, su solicitud no será procesada.

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Contratante Póliza N°

Asegurado Principal

Primer Apellido Segundo Apellido Apellido de Casada

Primer Nombre Segundo Nombre Nombre Usual

Cédula/Pasaporte DV Fecha de Nacimiento Ocupación

DD MM AA

Correo electrónico Otro

Dirección Residencial

País Provincia Distrito/Corregimiento:

Urbanización Calle Edificio Apto/Casa N°

Teléfono Residencial Celular Otro

CÁLCULO DE LA PRIMA (Según la frecuencia de pago)

Prima Actual	B/.
Prima Extra por Endoso 10%	B/.
Impuesto 5%	B/.
TOTAL	B/.

CUESTIONARIO MÉDICO

Estas preguntas están dirigidas al solicitante y a sus familiares. Estas declaraciones son importantes, ya que formarán parte de su contrato. Favor contestar todas las preguntas con exactitud. **CONTESTE SI o NO**, y cuando haya contestado SI, subraye la enfermedad padecida.

Según su leal saber y entender, alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha tenido alguna vez o se le ha informado de haber tenido o ha sido tratada (subraye la frase pertinente) por alguna de las siguientes condiciones:

	Solicitante	Cónyuge	Hijos
1. <u>¿Trastornos Cardíacos, Presión Arterial, Diabetes, Cáncer, Problemas de los Riñones, Trastornos de los Pulmones, SIDA, VIH, Problemas de Circulación de la Sangre?</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
2. <u>¿Ha estado hospitalizado o recibido tratamiento médico en los últimos (5) años?</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
3. <u>¿Ha sufrido alguna enfermedad que no se haya mencionado anteriormente?</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
4. <u>¿En la actualidad está bajo tratamiento médico o tomando medicamentos?</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
5. <u>¿Tiene alguno de los solicitantes antecedentes de Enfermedad Congénita, Hereditaria o Adquirida?</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
6. <u>¿Alguno de los solicitantes tiene antecedentes de haber nacido Prematuro?</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Pregunta Adicional para Mujeres:

¿Se encuentra usted actualmente embarazada? SI NO Semanas de Embarazo

Firma del Solicitante Lugar y Fecha

Nombre del Agente Firma del Agente Licencia

