

Número de Póliza / Plan

Fecha de Emisión

INFORMACION QUE DEBE SER RESPONDIDA POR EL PROPIETARIO PARA TODO TIPO DE POLIZAS Y PLANES
1./ Datos del Propietario:

Primer Nombre			Inicial del Segundo Nombre			Primer Apellido		
Fecha de Nacimiento DD MM AA / /		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo		Número de ID		Pais de Nacimiento
Dirección Residencial				Dirección Laboral				
Ciudad	Estado/Provincia	País		Ciudad	Estado/Provincia	País		
Teléfono Residencial	Teléfono Celular	Teléfono Laboral		Correo Electrónico				
Ingreso Familiar Anual (USD)	Ocupación	Naturaleza del Negocio		Tareas que realiza				
¿Ha cambiado de trabajo desde la cancelación de su póliza / plan? Explique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Ha variado su ingreso familiar anual desde la cancelación de su póliza / plan? Explique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

2./ Datos del Asegurado (si es distinto del Propietario):

Primer Nombre			Inicial del Segundo Nombre			Primer Apellido		
Fecha de Nacimiento DD MM AA / /		Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo		Número de ID		Pais de Nacimiento
Dirección Residencial				Dirección Laboral				
Ciudad	Estado/Provincial	País		Ciudad	Estado/Provincial	País		
Teléfono Residencial	Teléfono Celular	Teléfono Laboral		Correo Electrónico				
Ingreso Familiar Anual (USD)	Ocupación	Naturaleza del Negocio		Tareas que realiza				
¿Ha cambiado trabajo desde la cancelación de su póliza / plan? Explique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Ha ariado su ingreso familiar anual desde la cancelación de su póliza / plan? Explique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

3./ Beneficiarios:

 ¿Se mantienen sin cambios los Beneficiarios Principales y Contingentes según la solicitud original?
 (si la respuesta es negativa adjunte la planilla de Cambios con la nueva designación de beneficiarios).

 Sí No

DECLARACION DEL PROPIETARIO PARA PLANES SIN SEGURO

Solicito que el plan de educación / plan de retiro que aparece mencionado por su número al inicio de este cuestionario, sea rehabilitado y para tal efecto ratifico en todas sus partes las respuestas y datos que se expresan en la solicitud original de dicho plan. De haber algún cambio confirmo que lo he declarado correctamente en este cuestionario. También doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma del Propietario

Fecha

Firma del Asegurado

Fecha

a./ Datos del Médico Tratante / Familiar:

Nombre y Apellido	Teléfono	Fecha Última Visita DD / MM / AA	Mótipo de la Visita al Médico
-------------------	----------	-------------------------------------	-------------------------------

b.- Tabaquismo:

¿Fuma actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha Fumado alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año en que dejó de fumar? _____	c.- Alcohol: ¿Consume usted bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d.- Drogas: ¿Consume drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles? _____	e.- Peso: <input type="checkbox"/> Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs.	f.- Altura: <input type="checkbox"/> Mts. <input type="checkbox"/> Pies
---	--	--	--	--	--

g.- Se ha sometido a pruebas especiales como:

	Electrocardiogramas	Ecocardiogramas	Pruebas Hepáticas	Pruebas de Colesterol	Scanner o similares	Pruebas para detectar SIDA (VIH)	Radiografías / Otros
Fecha							
Detalles							

h.- En los últimos diez (10) años usted ha tenido o le han aconsejado realizarse:

	Exámenes Médicos	Consultas Médicas	Enfermedades	Heridas	Operación o Cirugía	¿Usted ha sido ingresado en un hospital, clínica, sanatorio u otra instalación médica?
Fecha						
Detalles						

i.- ¿Ha desempeñado todas las actividades laborales concernientes a su ocupación en el último año? Sí No

Si la respuesta es negativa explique:

j.- En los últimos 10 años ha tenido alguno de los siguientes desórdenes o enfermedades: Sí No

	Fecha		Fecha		Fecha	Fecha
Convulsiones		Corazón		Cirrosis Hepática		Cáncer
Epilepsia		Presión Arterial Alta		Hepatitis		Efisema Pulmonar
Parálisis		Soplo Cardíaco		Hígado		Diabetes
Desórdenes Mentales		Organos Reproductivos		Ulcera		Artritis Reumática
Cálculos / Desorden de Riñón		De transmisión sexual		Colitis Ulcerosa		Lupus

Detalles:

k.- ¿Ha sido usted diferido, rechazado, o aceptado con una prima adicional o bajo términos especiales de cobertura para una póliza de seguro de vida, de incapacidad o de salud? (en caso afirmativo indique compañía, número de póliza y suma asegurada). Sí No

l.- ¿Ha participado o piensa participar en los últimos / próximos 2 años en actividades consideradas de riesgo como: motociclismo, carreras de alta velocidad, deportes acuáticos como submarinismo, o en vuelos en aviones no comerciales como tripulante o pasajero o en deportes como paracaidismo? Sí No

DECLARACION DEL PROPIETARIO Y ASEGURADO PARA POLIZAS Y PLANES CON SEGURO

Solicito que la póliza de vida / plan de educación / plan de retiro que aparece mencionada por su número al inicio de este cuestionario, sea rehabilitada y para tal efecto declaro que desde la fecha en que se expidió la citada póliza / plan no he padecido ninguna enfermedad, ni he estado bajo tratamiento médico alguno, ni ha habido ningún cambio en mis condiciones de salud. Declaro que no ha habido tampoco cambios relacionados con mi ocupación, ingresos, ni con mis actividades deportivas ni personales. Por tanto ratifico en todas sus partes las respuestas y datos que se expresan en la solicitud original de dicha póliza / plan. De haber algún cambio confirmo que lo he declarado correctamente en este cuestionario. También doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma del Propietario

Fecha

Firma del Asegurado

Fecha