



Datos del Asegurado

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento DD / MM / AA ____/____/____	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)		Número de ID	Tipo de ID	País de Nacimiento

1. ¿En qué fecha consultó por primera vez a un médico por esta condición?

2. Por favor indique su diagnóstico exacto

3. Datos de su médico tratante

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

4. ¿Ha estado usted sin trabajar por este motivo? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indique fechas y duración de su ausencia)

5. ¿Qué medicamentos ha tomado usted en el pasado? (Por favor, si usted ha tomado algún medicamento dar detalles del mismo, nombre y dosis)

6. ¿Qué medicamentos toma actualmente? (Por favor, si usted ha tomado algún medicamento dar detalles del mismo, nombre y dosis)

7. Por favor indique la fecha y lugar de su próximo control médico

8. ¿Ha seguido usted el tratamiento indicado o visitado un psiquiatra? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite fechas y el tratamiento recibido)9. ¿Ha estado hospitalizado? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite fechas y lugar)

10. ¿Qué tratamiento recibió durante su hospitalización?

11. ¿Su estado de ansiedad/depresión ha sido por un motivo determinado? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)

12. Notas o comentarios adicionales

Declaración y Firma del Asegurado

Por la presente declaro que todas las respuestas e informaciones en este cuestionario son completas, precisas y ciertas, a mi leal saber y entender, y autorizo a la Compañía a la verificación de las mismas. Este cuestionario forma parte de mi solicitud de seguro de vida/plan de educación/plan de retiro. Cualquier declaración falsa será considerada fraude. 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.

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

Fecha