



Número de Póliza: \_\_\_\_\_

## 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. ¿Cuál es su ocupación laboral actualmente?

2. Indicar el título que aplica a su posición

3. ¿Para qué compañía trabaja usted actualmente?

4. Realizar una descripción de las tareas que realiza diariamente

5. ¿Cuántos años tiene laborando según lo informado anteriormente?

6. ¿Cuál fue su ocupación anterior?

7. Es usted empleado de ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Temporal ☐ Casual o Independiente

Por Favor especifique cuántas horas semanalmente trabaja usted

8. ¿Cuál es su ambiente laboral? ☐ Oficina ☐ Aire libre ☐ Calle ☐ Fábrica ☐ Otros, detalle9. Requiere su profesión el manejo de vehículos como ☐ Automóvil ☐ Camión ☐ Avión o Avioneta ☐ Motocicleta ☐ Otros, especifique10. ¿Requiere su ocupación utilizar maquinaria pesada? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique el tipo de maquinaria)11. ¿Requiere su ocupación trabajar en las alturas? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

Promedio de altura:

Descripción del trabajo que realiza:

12. ¿Requiere su trabajo viajar? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

Países	Frecuencia	Duración del viaje	Motivo	Tipo de transporte
--------	------------	--------------------	--------	--------------------

13. ¿Ha sufrido accidentes en su área laboral? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indicar período de incapacidad)



14. ¿Ha tenido problemas de salud relacionados a su trabajo? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

15. 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