



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		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
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		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
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

INFORMACIÓN QUE DEBE SER RESPONDIDA POR EL ASEGURADO MAYOR DE EDAD SOLO PARA PÓLIZAS Y PLANES CON SEGURO
a./ Datos del Médico Tratante / Familiar:

Nombre y Apellido	Teléfono	Fecha Última Visita DD / MM / AA	Motivo 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 desordenes 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	
Desordenes Mentales		Organos Reproductivos		Úlcera		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