



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 actividad profesional: ☐ Policía Nacional ☐ Policía Municipal ☐ Agente Judicial ☐ Otros, especifique:

Cuál es su rango:

2. ¿Cuáles son sus actividades específicas?

3. ¿En qué ciudad y distrito trabaja?

A qué agrupamiento pertenece:

4. En caso de ser guardaespaldas, indique:

Nombre de la persona para quién trabaja:

Actividad de la persona para quién trabaja:

Otras personas para quienes ha trabajado:

5. ¿Qué medios de transporte utiliza en su actividad?

6. ¿Utiliza algún tipo de armas? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique qué tipo de armas)7. ¿Ha sufrido algún accidente o atentado? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar fecha y detalles de lo ocurrido)

8. ¿Durante cuánto tiempo prevé ejercer esta ocupación?

9. ¿Qué actividades ha realizado en los últimos 5 años?

10. ¿Le requiere su actividad desplazarse al extranjero? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, por favor especifique)

Destinos:

Frecuencia de viajes:

Transportes utilizados:

11. Trabaja usted como: ☐ Autónomo ☐ Trabaja para una Empresa (En caso de trabajar para alguna empresa, por favor indique su nombre)

12. Detalle el tipo de preparación que ha recibido para el ejercicio de su actividad



13. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su actividad profesional actual?

14. ¿Maneja explosivos?

☐ No

☐ Si (En caso afirmativo, por favor dar detalle)

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