



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

País/Países de Residencia Actual	Por cuánto tiempo ha vivido usted en este país/países	País/países de ciudadanía
----------------------------------	---	---------------------------

1. ¿Tiene usted estatus de residente permanente o temporal de algún país? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

País/países	Desde cuándo tiene este estatus	Tiempo promedio de residencia
-------------	---------------------------------	-------------------------------

2. ¿Por qué país/países fue emitido su pasaporte?

3. ¿Tiene usted propiedades en otro país? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

Dónde	Tiempo de estadía
-------	-------------------

4. ¿Dónde reside su cónyuge?

País	Ciudad	Tiempo de estadía
------	--------	-------------------

5. ¿Tiene usted negocio en otro país? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

País	Tiempo de estadía
------	-------------------

6. ¿Viaja usted o planea viajar a países diferentes que los señalados anteriormente? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

País/países	Ciudades	Motivo de visita	Tiempo de estadía
-------------	----------	------------------	-------------------

7. ¿Qué tipo de transporte utiliza cuando viaja a estos países?

8. ¿Cuándo usted viaja, cómo lo hace? ☐ Solo ☐ Acompañado por colegas ☐ En grupos de viaje ☐ Con familiares9. ¿Usa, al viajar, servicios de seguridad como guardaespaldas o autos blindados? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

10. ¿En qué lugares se hospeda cuando viaja a estos países?

11. 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