



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 el título de su ocupación?

2. Indicar que tipo de actividad laboral realiza en la mina o cantera

3. ¿En qué zona/región geográfica usted realiza su actividad laboral?

4. ¿En qué tipo de mina trabaja y qué material se extrae?

5. ¿Usa usted explosivos como parte de su actividad laboral? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)6. ¿El lugar donde usted trabaja dispone de servicios médicos? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalle del mismo)7. ¿Ha sufrido algún accidente en su trabajo? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar fecha y detalles de lo ocurrido)

Fecha y detalle de lo ocurrido:	Tratamiento recibido:	Cuánto tiempo estuvo ausente de su trabajo:

8. ¿Ha padecido de problemas respiratorios, de la columna vertebral, o de piel? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar fecha y detalles de lo ocurrido)

Fecha y detalle de lo ocurrido:	Tratamiento recibido:	Cuánto tiempo estuvo ausente de su trabajo:

9. 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