



Datos del Asegurado

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento	Hábitos Tóxicos	Sexo	Estado Civil			Número de ID	Tipo de ID
Día / Mes / Año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)				

Si contestó afirmativamente la pregunta de Hábitos Tóxicos, por favor explique:

Nombre del médico que diagnosticó la hipertensión:

Fecha de diagnóstico de la hipertensión

Toma de tensión arterial en ese momento:

Fechas y Tomas de tensión arterial de las consultas más recientes:

Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial
Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial
Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial
Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial
Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial

Favor indicar tratamiento y medicamentos:

Indique si se le han realizado pruebas de laboratorio y/o electrocardiogramas al Solicitante (explique):

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