



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. Indicar en qué tipo de actividad pesquera está usted involucrado:

2. ¿Cuál es el título de su ocupación laboral?

3. ¿En qué zonas geográficas realiza la pesca?

4. ¿Cuál es la duración aproximada de sus viajes en el mar?

5. Facilitar los siguientes detalles:

Longitud de la embarcación:	Toneladas de registro bruto por embarcación:	Número de tripulantes:
Antigüedad de la embarcación:	Método de pesca utilizado:	

6. ¿Ha sufrido algún accidente en su trabajo? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indicar fecha(s) y dar detalles de lo ocurrido)

Fecha(s) y detalle de lo ocurrido:	Tratamiento recibido:	Cuánto tiempo estuvo ausente de su trabajo:
------------------------------------	-----------------------	---

7. ¿Ha tenido problemas de salud relacionados a su trabajo? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indicar fecha(s) y dar detalles de lo ocurrido)

Fecha(s) y detalle de lo ocurrido:	Tratamiento recibido:	Cuánto tiempo estuvo ausente de su trabajo:
------------------------------------	-----------------------	---

8. 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