



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 cuál es su ocupación y título

2. Realice una descripción de las actividades laborales que realiza

3. ¿Cuál es el nombre de la empresa para la cual usted trabaja?

4. ¿Cuánto tiempo lleva desempeñando esta actividad?

5. Describa el área geográfica donde realiza sus actividades laborales

6. ¿Trabaja usted en las alturas? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indicar la máxima altura en la cual usted trabaja)7. ¿Usa usted helicóptero/aviones privados, para trasladarse a las plataformas petroleras o instalaciones? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo completar Cuestionario de Aviación)

8. ¿Cuánto tiempo permanece usted en las instalaciones/plataformas?

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

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

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

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

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