

Datos del Contratante o Propuesto Asegurado

Nombres y Apellidos o Razon Social: _____
 Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unido
 Tipo de Actividad: Comercial o Profesional Estudiante Gubernamental Independiente
 Nombre del empleador _____ Ocupación _____
 Descripción de Funciones _____ Ingresos: _____ Es zurdo?
 Dirección de Trabajo: _____
 Provincia: _____ Distrito: _____
 Corregimiento: _____ Urbanización: _____
 Calle: _____ Via: _____
 Casa Edificio Local C.C.: _____
 Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____
 Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____
 Dirección de Residencia: _____
 Provincia: _____ Distrito: _____
 Corregimiento: _____ Urbanización: _____
 Calle: _____ Via: _____
 Casa Edificio Local C.C.: _____
 Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____
 Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____

Datos del Propuesto Asegurado, si es diferente al Contratante

Complete si el **Asegurado** es diferente al Contratante:
 Nombres y Apellidos o Razon Social: _____
 Cédula o RUC: _____ Pasaporte N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Provincia: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unido Profesión u Oficio: _____
 Tipo de Actividad: Comercial o Profesional Estudiante Gubernamental Independiente
 Dirección de Residencia: _____
 Provincia: _____ Distrito: _____
 Corregimiento: _____ Urbanización: _____
 Calle: _____ Via: _____
 Casa Edificio Local C.C.: _____
 Piso: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ N° Teléfono: _____ N° Celular: _____
 Apartado Postal: _____ Zona: _____ Dirección E-mail: _____

Forma de Pago

Tarjeta de Crédito Transferencia Electrónica ACH Transferencia Banca en Línea
 Descuento en Planilla
 Frecuencia de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

Coberturas Solicitadas

Plan: Término a edad _____
Término _____ **años**

Cobertura Básica

Suma Asegurada

Coberturas Opcionales

- Exoneración de Primas por Incapacidad Total y Permanente
 Muerte Accidental y desmembramiento
 Reembolso de Gastos Médicos por accidente
 Incapacidad Total y Permanente por Accidente
 Devolución de Prima

Suma Asegurada

Información del Riesgo

Historia familiar

Parentesco	Edad si vive	¿Estado de Salud? Si no es bueno diga porque	Edad (cuando Fallecio)	Causa de la Muerte Diga la Fecha
Esposo o Esposa				
Madre				
Padre				
Hermanos (as)				

Por favor, contestar todas las preguntas con exactitud. Conteste si o no con una X. De ser afirmativa

SI NO

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se le ha rechazado, cancelado, recargado, diferido o modificado algún seguro de Vida o Accidentes Personales o negada su rehabilitación? En caso afirmativo indique: Compañía _____ Suma Asegurada _____ Fecha _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene pendiente alguna solicitud de seguro de vida o rehabilitación en alguna otra Compañía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ud ha recibido beneficios o reclamado indemnización o renta por algún accidente, enfermedad o imprevisto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha sido usted objeto de investigación por algún delito donde ha sido indagado o llamado a juicio o ha participado o esta participando o sospecha que inadvertidamente puede estar participando, individual o en asocio con otras personas en actividades ilícitas o en delito de lavado o blanqueo de dinero o capitales producto de dichas actividades? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha hecho o ha contemplado hacer vuelos como piloto privado, aficionado, estudiante o miembro de tripulación de algún aparato aereo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Viaja con frecuencia como pasajero en avión privado o taxi aéreo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Viaja con frecuencia en aviones comerciales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Practica alguna actividad, pasatiempo, ocupación o deporte peligroso como: paracaidismo. Artes marciales, buceo profesional, carreras de velocidad, alpinismo, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En caso afirmativo de detalles: _____

Beneficiarios Principales

Apellidos, Nombres	Parentesco	N° Cédula o Pasaporte	% Distribución

Beneficiarios Contingentes

Apellidos, Nombres	Parentesco	N° Cédula o Pasaporte	% Distribución

Instrucciones especiales o cesiones

Total de seguros de Vida o Accidentes Personales en Vigor

Mantiene otras pólizas vigentes con esta u otra compañía de seguros?

No Si

En caso afirmativo, favor, detallar

Compañía Aseguradora	Ramo	N° Póliza	Vigencia	Suma Asegurada

