



Nombre del contratante (empresa): _____

No. de póliza: _____ No. de certificado (si es inclusión de dependiente): _____

Nombre del candidato: _____

Dirección de residencia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Lbs.

DATOS DE DEPENDIENTES PARA SU INCLUSIÓN AL SEGURO (COMPLETADA POR EL EMPLEADO)

| | Parentesco | Fecha de nacimiento | Estatura en metros | Peso en libras | Para uso de la compañía de seguros |
|----|------------|---------------------|--------------------|----------------|------------------------------------|
| A. | | | | | |
| B. | | | | | |
| C. | | | | | |
| D. | | | | | |
| E. | | | | | |
| F. | | | | | |
| G. | | | | | |

Salud personal: por favor marque con una cruz la respuesta a cada pregunta. En caso de respuesta/s, por favor en el espacio "para quien aplica" y "aclaraciones para respuesta afirmativa" especifique: para quien aplica (principal o inciso del dependiente a que corresponde), la fecha, duración, tratamiento y estado actual. Si fuera necesario utilice una/s hoja/s adicional/es

| PREGUNTA | RESPUESTA | | ¿PARA QUIÉN APLICA? | ACLARACIONES PARA RESPUESTAS AFIRMATIVAS |
|---|-----------|----|---------------------|---|
| 1. ¿Ha consultado al médico en los último 12 meses? | No | Sí | | |
| 2. ¿Le han practicado una intervención quirúrgica? | No | Sí | | |
| 3. ¿Ha estado internado en algún hospital o sanatorio? | No | Sí | | |
| 4. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? | No | Sí | | |
| 5. ¿Está sujeto a algún tratamiento? | No | Sí | | |
| 6. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? | No | Sí | | |
| 7. ¿Le falta algún miembro o parte de él? | No | Sí | | |
| 8. ¿Tiene alguna deformidad? | No | Sí | | |
| 9. ¿Tiene algún defecto de la vista? | No | Sí | | |
| 10. ¿Tiene algún defecto auditivo? | No | Sí | | |
| 11. ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses? | No | Sí | | |
| 12. ¿Se le han hecho electrocardiogramas? | No | Sí | | |
| 13. ¿Se le han hecho estudios de rayos X? | No | Sí | | |
| 14. ¿Padece o ha padecido tensión arterial? | No | Sí | | |
| 15. ¿Ha padecido durante su vida alguna enfermedad grave? | No | Sí | | |
| 16. ¿En los últimos años ha consultado o fue tratado por algún médico a causa de SIDA? En caso de positivo, por favor abajo proporcione el nombre del médico, su teléfono, dirección y fecha de tratamiento | No | Sí | | |
| 17. Para candidatas de sexo femenino por favor responder lo siguiente: | | | | |
| a) ¿Ha tenido alguna enfermedad propia de su sexo? | No | Sí | | ¿Cuál? |
| b) ¿Está actualmente embarazada? | No | Sí | | ¿De cuántos meses? |
| c) ¿Ha tenido abortos? | No | Sí | | ¿Cuántos? ¿En qué fecha? |
| d) ¿Cuántos partos ha tenido? | No | Sí | | ¿Cuál? |
| | | | | ¿Hubo anomalías en algún parto? |



HÁBITOS

| | | | | | | | |
|--|----|----|---|-----------------|------------------|--|--|
| Se considera en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajo y/o estudio? | No | Sí | En caso de negativo detalle quién y por qué | | | | |
| | | | ¿Para quién aplica? | Clase | Cantidad diaria | ¿Desde cuándo? (solo para preguntas de 1 a 3.1) | ¿Hasta cuándo? (solo para preguntas de 1 a 3.1) |
| 1. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? | No | Sí | | | | | |
| 1.2 ¿Las ha ingerido anteriormente? | No | Sí | | | | | |
| 2. ¿Usa drogas llamadas narcóticos o estimulantes? | No | Sí | | | | | |
| 2.1 ¿Ha usado drogas anteriormente? | No | Sí | | | | | |
| 3. ¿Fuma cigarrillo, cigarro o pipa? | No | Sí | | | | | |
| 4. ¿Ha cambiado de peso en el último año? | No | Sí | | Lbs. aumentadas | Lbs. disminuidas | Causa | |
| 5. ¿Ha recibido de una compañía de seguros o de otra institución, alguna indemnización a causa de lesión o enfermedad? | No | Sí | | Detalle: | | | |

| | | |
|--|----|----|
| 6. ¿Ha pilotado o piensa pilotar alguna aeronave? | No | Sí |
| 6.1 ¿Vuela frecuentemente como pasajero en aviones particulares? | No | Sí |
| 6.2 ¿Practica algún deporte o aficiones peligrosas? | No | Sí |
| 6.3 Si alguna de las respuestas a las preguntas 6 y 6.1 es afirmativa, por favor llene el cuestionario de aviación | No | Sí |

7. Si es comerciante o industrial ¿Cuál es el principal giro de su(s) negocios?

| | | |
|---|----|----|
| 8. ¿Tiene otras actividades o "hobbies" diferentes a los de mayor riesgo? | No | Sí |
| Detalle cuáles y para quién aplica: | | |

| | | |
|---|----|----|
| 9. ¿Ha solicitado seguro en otra compañía? | No | Sí |
| Indique suma asegurada, compañía y para quién aplica: | | |

| | | |
|---|----|----|
| 10. ¿Ha sido rechazado, pospuesto o extraprimado en esta u otra compañía? | No | Sí |
| Especifique para quién aplica: | | |

| 11. Si ha tenido seguros de vida con anterioridad por favor detallarlos a continuación: | | | | | | | |
|---|----------------|----------|------|---------------|------------|----|----|
| Para quién aplica | Suma asegurada | Compañía | Plan | No. de póliza | ¿En vigor? | No | Sí |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Autorizo a los médicos o entidades que me hayan asistido, examinado o que posean información para que proporcionen a Aseguradora General, S.A. los informes que requieran referente a la salud y/o enfermedades mías y/o de mis familiares dependientes; información que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno. Inclusive después del fallecimiento mío y/o de mis dependientes. Para tal efecto exonero a las personas o entidades de cualquier responsabilidad.

DE INTERÉS PARA EL/LOS CANDIDATOS

Queda entendido y convenido que: Aseguradora General, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la compañía a dar por determinado el contrato del seguro.

Lugar y fecha de la solicitud: _____

Documento de identificación personal: _____ Municipalidad: _____

Firma del candidato: _____

Texto aprobado por la superintendencia de bancos, según resolución No. 719-201, del 17 de agosto de 2001

