



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, por puesto o extraprivado en ésta 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 exoneró 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

