



PARTE II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Solicita este seguro con el objeto de cancelar o modificar alguna otra póliza de seguro NO SI
 Detalle: _____
2. Si le ha sido rechazada o aceptada en condiciones especiales alguna solicitud, indique el monto y la Compañía: _____
3. Tiene actualmente contratado o en proceso de contratar o rehabilitar alguna póliza de seguro: NO SI
 En caso afirmativo de detalles: _____

Aseguradora	Suma Asegurada	Plan	Año de emisión	Vigente Si / No	Rehabilitándose Si / No

Deportes y/o aficiones que practica:	Tipo de Competencia	Frecuencia	Desea cubrir el Riesgo
Automovilismo, Motociclismo, Alpinismo, Buceo, etc.	Amateur <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

4. Ha pilotado o piensa pilotar alguna aeronave? NO SI
5. Vuela frecuentemente como pasajero en aviones particulares? NO SI

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas de aviación deberá llenarse el cuestionario correspondiente; de lo contrario se entenderá que el solicitante no desea estar cubierto en este riesgo y se excluirá.

HÁBITOS	NO	SI	Amplíe detalles a las respuestas afirmativas				
			Clase	Cantidad	Frecuencia	Desde cuándo	Hasta cuándo
6. a) Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
b) Las ha ingerido anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7. a) Usa drogas llamadas narcóticos o estimulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
b) Ha usado drogas anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
8. a) Fuma cigarrillos, cigarros o pipa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
b) Ha fumado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

9. Cuál es su peso? _____ Lbs.
10. Cuál es su estatura? _____ Mt(s). _____ Cms.
11. Ha cambiado su peso en el último año? NO SI
 _____ Lbs. disminuidas _____ Lbs. aumentadas: _____
 Causa: _____
12. Ha recibido usted de una Cia. de Seguros o de otra institución alguna indemnización a causa de lesión o enfermedad? NO SI
 Detalle: _____
 Expresamente declaro ser: Derecho Zurdo

DATOS ADICIONALES CUANDO EL SOLICITANTE SEA MUJER

- ¿Por concepto de qué obtiene sus ingresos? _____ ¿Quién paga las primas? _____
 Nombre completo del Esposo _____ Edad del Esposo _____
 ¿Por cuánto está asegurado su Esposo? _____ Si no está asegurado indique la causa _____

PARA OBTENER REFERENCIAS

Nombre	Dirección	Teléfono

ANOTACIONES: (para uso exclusivo de la Compañía)

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE

Declaro que toda la información anterior, aunque no haya sido escrita con mi puño y letra, es verdadera y exacta y que es la que debe tomarse como base para emitir la póliza que solicito, adicionalmente, declaro que estoy enterado de que la falsa o inexacta declaración de información da derecho a la Compañía a disputar las obligaciones derivadas de la póliza del seguro que se emita como consecuencia de estas declaraciones. Para la correcta emisión de la póliza, la Compañía podrá anotar en el espacio "Anotaciones", las modificaciones o enmiendas que fueren necesarias.

Lugar y fecha de la solicitud: _____

Firma del solicitante: _____ Firma del contratante: _____ Firma del agente: _____