

Producto: _____ Prima Mensual: \$ _____

Duración Termino: _____ Monto asegurado: \$ _____

Nombre y Apellido: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

¿El mejor momento para contactarte una enfermera? _____ AM/PM

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Edad: _____

SS# _____

Licencia de conducir# _____ (Solicitar copia)

Altura: _____ Peso: _____

¿Ha subido de peso el año pasado? S / N Cuanto? _____

Estatus Migratorio: _____

Cuánto tiempo lleva en el país _____

Información Del Trabajo:

Nombre de Empleador: _____ Ocupación: _____

Teléfono de trabajo: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Ingreso: _____

Información de los padres:

Padre: Edad _____ Si/ No Causa de la muerte _____ Año _____ Edad _____

Madre: Edad _____ Si/no Causa de la muerte _____ Año _____ Edad _____

Aseguramiento Medico:

1. ¿En los últimos 5 a 10 años, ha sido diagnosticado o tratado con alguna de las siguientes enfermedades?
Diabetes/Cualquier tipo de cáncer /Accidente cerebrovascular /Enfermedad cardiaca /
Otro: _____

2. ¿Si es así que y cuando se diagnosticó? _____

3. Medicamentos que toma actualmente

Nombre del medicamento	/	Dosis	/	Razón de consumo	/	Cuántas veces	/	Fecha de inicio
	/		/		/		/	
	/		/		/		/	
	/		/		/		/	
	/		/		/		/	
	/		/		/		/	

4. ¿Ha tenido cirugías mayores en los últimos 5-10 años? Si es así indicar fecha y motivo: _____

5. ¿Como está el historial de manejo? _____

6. ¿Alguna vez ha sido condenado a crimen? ¿Si es así indique fecha y por qué fue condenado?

7. ¿Tiene Actualmente Seguro de vida vigente? Si es así que empresa y cantidad de la cobertura:

Información Del Medico:

Nombre _____ Teléfono _____ Locación _____

Fecha de última Visita _____ Para que _____

¿Resultado de la evaluación del Médico y la visita médica? _____

Información Del Pago:

Banco: _____ Nombre del Dueño de la Cuenta : _____

Numero de Ruta: _____ Número de cuenta: _____

Información Del Beneficiario:

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ H / M
Relación: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____ /100%

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ H / M
Relación: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____ /100%

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ H / M
Relación: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____ /100%

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ H / M
Relación: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____ /100%

ASEGURESE DE QUE, SI LOS MENORES FIGURAN EN LA LISTA DE BENEFICIOS, ACONSEJE SOBRE LA CREACION DE UNA CUENTA FIDEICOMISO Y PIDA A LO MENORES.

Beneficiario contingente:

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ H / M
Relación: _____ Teléfono: _____ SS# _____
Correo electrónico: _____ /100%
Dirección: _____

SOLICITAR COPIA DE:

- LICENCIA DE CONDUCIR, PASAPORTE, TARJETA VERDE,
- PERMISO DE TRABAJO, TARJETA DEL SEGURO SOCIAL.
- TAX ID, W8

REFERENCIA PERSONALES

NOMBRE	TELEFONO	RELACION

Firma: _____
