

Información sobre ocupación (Solicitante Titular)

Nombre de la empresa _____ Teléfono _____

Giro _____ Población y Edo. _____

Ocupación _____

Ingresos anuales del solicitante \$ _____ Ingresos anuales del contratante \$ _____
(Sólo cuando el contratante es diferente al solicitante)

El siguiente cuestionario no es requerido en solicitudes para cubrir viajes de recreo, estudios, congresos, o convenciones.

Lugar de trabajo: Oficina Fábrica Taller Calle Tienda / Comercio Consultorio / Despacho Otro: _____

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1) ¿Trabaja Ud. en horario nocturno? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 9) ¿Conduce Ud. algún tipo de vehículo?
Detalle tipo de vehículo, uso y carga
(excluya auto de uso particular) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Usa Ud. armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 10) ¿Pilotea o forma parte de la tripulación en algún tipo de aeronave? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Trabaja Ud. con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 11) ¿Realiza Ud. actividades submarinas, marinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Trabaja Ud. con animales sean o no domésticos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 12) ¿Realiza Ud. actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Trabaja Ud. en lugares donde se expendan bebidas alcohólicas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 13) ¿Realiza Ud. investigaciones o maneja información que pueda poner en peligro su integridad física? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6) ¿Realiza Ud. trabajos de mantenimiento a algún tipo de aparato, maquinaria o equipo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 14) ¿Alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (No incluir rentas o inversiones) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7) ¿Trabaja Ud. o maneja algún tipo de maquinaria industrial o pesada? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| 8) ¿Supervisa Ud. procesos de manufactura o de construcción? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

Hábitos

¿Hace uso de bebidas alcohólicas? Sí No

Cuál(es): _____ Frecuencia: _____ Cantidad: _____
(Ron, brandy, whisky, etc.) (Diaria, semanal, quincenal, etc.) (3,4,5 o más copas)

Cuestionario Médico

- | | |
|---|---|
| 1) ¿Han padecido los padres o hermanos (del titular y/o cónyuge) de insuficiencia renal, afecciones cardiacas, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, cáncer, afecciones congénitas, afección reumática, afección coronaria, demencia, esquizofrenia o transtornos mentales?
Especifique: _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Estuvo, o está sujeto algún tratamiento médico, intervención quirúrgica u hospitalizado?
Especifique: _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Ha padecido molestias del corazón, presión alta, anemia o alguna enfermedad del sistema circulatorio?
Especifique _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Padece o ha padecido de reumatismo, alguna anomalía del sistema óseo, alguna deformidad o alguna pérdida transitoria o no transitoria de algún movimiento?
Especifique _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Le falta algún miembro o parte de él, tiene alguna anomalía de la vista, auditiva o del sistema respiratorio?
Especifique _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6) ¿Ha tenido enfermedades del aparato digestivo, intestino delgado, hígado, colón, páncreas o vesícula biliar?
Especifique _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7) ¿Padece o ha padecido enfermedad del sistema nervioso locomotor, cuadros de ansiedad, depresión o alguna enfermedad mental?
Especifique _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8) ¿Padece o ha padecido enfermedad vascular cerebral (embolia, trombosis, etc.), diabetes mellitus, cáncer o tumores de cualquier tipo y en cualquier parte del cuerpo?
Especifique _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9) ¿Ha padecido enfermedades transmisibles (Incluyendo hepatitis o infecciones de transmisión sexual)?
Especifique _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10) ¿Se le ha practicado pruebas especiales de laboratorio para diagnosticar alguna enfermedad específica (como SIDA, diabetes, etc.)?
Especifique _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

En caso de respuesta afirmativa, favor de ampliar información:

No. Pregunta	Detalle

Actividades, aficiones, deportes

Este seguro no cubre accidentes ocasionados por alguna de las siguientes actividades. Si Ud. desea cubrirlas en forma especial, favor de indicarlo.

Actividad	Marque si desea cubrir el riesgo	Actividad	Marque si desea cubrir el riesgo	Actividad	Marque si desea cubrir el riesgo
Carreras de autos	<input type="checkbox"/>	Tiro al blanco	<input type="checkbox"/>	Vuelo en aviones que no sean de línea regular	<input type="checkbox"/>
Artes marciales, box o lucha	<input type="checkbox"/>	Ski	<input type="checkbox"/>	Deportes aéreos (paracaidismo, vuelo delta, planeador, etc.)	<input type="checkbox"/>
Alpinismo	<input type="checkbox"/>	Charrería o equitación	<input type="checkbox"/>	Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en algún tipo de vehículo	<input type="checkbox"/>
Uso de motocicleta	<input type="checkbox"/>	Buceo	<input type="checkbox"/>		
Motonáutica	<input type="checkbox"/>	Caza	<input type="checkbox"/>		
Juegos de azar y/o apuestas	<input type="checkbox"/>				

Si Ud. ha marcado alguna de las actividades, favor de indicar:

1) Actividad: Amateur Profesional

2) Nivel: Nacional Internacional

3) Tipo o especialidad: _____

4) Practica Solo En grupo

5) Frecuencia: _____

6) Lugares: _____

7) Equipo o vehículos utilizados: _____

8) Características del motor (en caso de vehículos): _____

9) Otros detalles de la actividad (profundidad, altura, suertes que practica, piezas que cobra, etc.): _____

Otros seguros Si Ud. Ha sido rechazado o extraprimado al solicitar algún seguro, sírvase indicar

Compañía	Tipo de Seguro	Fecha Año Mes Día	Suma Asegurada

Si Ud. tiene algún otro seguro de accidentes personales, sírvase indicar: (no incluya seguros de grupo o colectivos)

Compañía	Fecha Año Mes Día	Suma Asegurada

Observaciones

Referencias del contratante (Deberá llenarse en todos los casos)

(Datos de tres personas, no familiares, que le conozcan). Si es persona moral, dar referencias del solicitante.

Nombre	Domicilio	Teléfono