

c) Instalaciones médicas (distancia al médico y hospital más cercanos): _____

8. Si su viaje es por motivos de negocios, por favor indicar la siguiente información:

a) Nombre del Negocio: _____

b) Naturaleza del Negocio: _____

c) Sus deberes y responsabilidades: _____

d) Fecha de inicio: _____ e) Remuneración anual: _____
dd mm aaaa

f) Información sobre los arreglos de atención médica y planes o procedimientos en caso de enfermedad o lesión grave:

g) Forma de viaje dentro del país (por ej. transporte público o privado, avión privado, etc.):

h) Medidas de seguridad tomadas por el empleador: _____

i) ¿Está usted contratado bajo los términos de un contrato o acuerdo? En caso afirmativo, incluir copia de este contrato o acuerdo en caso de estar disponible en caso contrario proporcione información detallada como empleador, fecha de inicio, duración, etc.:

9. Favor de proporcionar cualquier información adicional que considere importante: _____

DECLARACIÓN

Confirmando que todas las respuestas que he proporcionado son de mi total conocimiento, verdaderas y que no he omitido ninguna información material que pudiera influir en la evaluación o aceptación de esta solicitud. Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho material conocido por mí podría invalidar mi póliza de seguro (s).

Nombre(s) y Apellido(s) _____ Firma _____

Fecha: _____
dd mm aaaa