

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Asegurado:

\_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Segundo nombre                      Primer apellido                      Segundo apellido

País de Residencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: dd / mm / aa

## COBERTURA

Valor Asegurado: USD \$ \_\_\_\_\_ Término: **10**  **15**  **20**  **30**

Pago Anticipado Por Enfermedad Terminal: **SI**  **NO**

## HISTORIAL MEDICO

Diagnóstico (s): \_\_\_\_\_ Edad del Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

Detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DEPORTES

Detalles del deporte que practica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## OCUPACIÓN

Detalles de la ocupación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

