

Si su nacionalidad es estadounidense favor pase al punto 4, si su nacionalidad es distinta a la mencionada favor pase al punto 5

4. CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES

* Ciudad de residencia, Estado de Domicilio en Estados Unidos: _____

* Dirección de Domicilio en Estados Unidos: _____
(Av. / Calle, Nº, Edificio / Condominio, Nº Dpto.)

* Número de teléfono en Estados Unidos: _____ Código Postal en Estados Unidos: _____

5. DIRECCIÓN DOMICILIARIA

* País de residencia: _____ * Departamento: _____

* Ciudad: _____ * Zona: _____

* Dirección: _____
(Av. / Calle, Nº, Edificio / Condominio, Nº Dpto.)

6. DATOS LABORALES

a) Ocupación o Actividad Principal

Situación Laboral: Dependiente Independiente Empresa Unipersonal
Labores de Casa Estudiante Jubilado / Rentista
Desempleado(a)

Si marcó la casilla "Dependiente" o "Independiente" o "Empresa Unipersonal" complete la siguiente información, caso contrario pase al inciso b)

* Lugar de trabajo: _____

* Cargo: _____ * Fecha de ingreso al lugar de trabajo: _____

* País de trabajo: _____ * Departamento: _____

* Ciudad: _____ * Zona: _____

* Dirección: _____
(Av. / Calle, Nº, Edificio / Condominio, Nº Dpto.)

Teléfono: _____ Celular: _____
Si corresponde

b) Ocupación o Actividad Secundaria

* ¿Tiene actividades que le generen ingresos adicionales? Sí No

Si marcó la casilla "Sí" complete la siguiente información, caso contrario pase al punto 7

Tipo de actividad y rubro: _____

7. ORIGEN DE LOS FONDOS

Favor detalle el origen de los fondos para el pago de la prima:

8. DIRECCIÓN DE COBRANZA

Marque con una "X" donde prefiera que se le cobre la prima:

Dirección Domiciliaria Dirección Laboral

9. FAVOR COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

* TOTAL INGRESOS MENSUALES

(Sumatoria de la actividad principal y otra actividad, expresado en dólares americanos USD)

Sin Ingresos

USD 1 – USD 500

USD 501 – USD 1,000

USD 1,001 – USD 2,500

USD 2,501 - en adelante

Referencias	Nombre o Razón Social
* Personal	
* Comercial	
* Bancaria	

* Referencia Comercial: Llámese toda persona natural o jurídica con la que se cumple una relación contractual, ya sean servicios telefónicos, cable, Internet o de cualquier otro índole.

* Referencia Bancaria: Llámese toda persona jurídica con la que se cumple una relación contractual de intermediación financiera en general.

10. INFORMACIÓN DE SALUD

10.1. Seguros

a) ¿Tuvo un Seguro de Salud anterior? Sí No

Nombre de la Compañía: _____ Tiempo de Uso del Servicio: _____

10.2. Información General

- a) Estatura: _____ Peso actual (kg): _____ Presión Arterial: Alta Baja Normal Ignora
- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| b) ¿Realiza vuelos como piloto o estudiante de piloto? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Efectúa vuelos en líneas no regulares? Indique frecuencia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Practica alguno de los siguientes deportes: Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo (hombre rana), Carreras de Velocidad (auto-moto), Bungee Jumping (salto elástico)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) ¿Practica otros deportes o tiene hobbies?, ¿Cuáles?, ¿Cuáles son las frecuencias? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) ¿Participa en competencias? ¿Cuáles? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ¿Utiliza moto? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) ¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción? Especifique _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) ¿Usa usted o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes, o somníferos?, ¿Quién se los ha recetado, por qué causa, en qué cantidad? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) ¿Usted fuma actualmente? Especifique cuántos cigarrillos fuma diarios y hace cuánto tiempo fuma _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) ¿Usted fumaba? Especifique cuántos cigarrillos fumaba diariamente y hace cuánto dejó de fumar _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) ¿Tiene usted alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico?, ¿Cuál? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10.3. Información de Salud

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿Ha sido hospitalizado?, ¿cuándo?, ¿Por qué? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Tiene alguna hospitalización pendiente?, ¿De qué? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Ha sido sometido a intervención quirúrgica?, ¿Cuál? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Ha recibido transfusiones?, ¿por qué? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) ¿Está usted actualmente sometido a algún tratamiento, terapia o tomando medicamentos de cualquier tipo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) ¿Ha tenido variación de más de 5 kg, de peso en el último año? Causa probable _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ¿Cuándo se realizó el último examen control médico? Fecha: _____ | | |
| Especialidad: _____ | | |
| Motivo de la consulta: _____ | | |
| Diagnóstico: _____ | | |
| Le pidieron examen de: <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Rayos X <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
| Resultados: _____ | | |
| Ha padecido o tiene conocimiento de sufrir de: | | |
| h) Vértigos, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos o jaquecas, encefalitis, ataques o cualquier enfermedad de la cabeza o sistema nervioso _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, desgarro con sangre, pleuresía, neumonía, tuberculosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Fiebre reumática, presión alta, molestias o dolores en el pecho, soplo al corazón, palpitaciones o cualquier otra enfermedad del corazón o sistema circulatorio _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Úlcera de estómago o duodenal, estreñimiento, diarreas, cólicos, sangramiento rectal o anal o cualquier otra enfermedad del esófago, estómago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Nefritis, cálculo en el riñón, vejiga, uréter; o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, testículo, riñón o vías urinarias, presencia de albumina, azúcar o sangre en la orina _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Gota, artritis, artrosis, reumatismo, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes o cualquier otra enfermedad de la sangre _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Bocio, colesterol elevado, proteína en la orina o alguna enfermedad de las glándulas endócrinas, diabetes o azúcar en la orina _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Cáncer, quistes, tumores u otras lesiones de igual naturaleza _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) Várices, flebitis, úlceras varicosas, trombosis venosa o hernias de cualquier tipo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) Ha padecido o tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad de transmisión sexual (sífilis, sida, herpes, etc.) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad, lesión o condición a la que no se haya aludido directamente en este documento _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t) Tiene conocimiento de padecer trastornos de la audición, visión, cataratas, glaucoma o similares _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| u) Tiene conocimiento de padecer dermatitis u otros trastornos de la piel _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Preguntas específicas para mujeres entre 16 a 42 años

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer actualmente tumores, quistes o enfermedades en el pecho, en los órganos genitales, menstruación irregular, abortos o complicaciones en embarazos o partos? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Está usted embarazada actualmente?, ¿De cuánto tiempo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Su embarazo actual ha evolucionado sin problemas? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Cuántos partos y/o cesáreas ha tenido? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. MODALIDAD DE PAGOS

La Prima Anual es de USD _____ (_____/100 dólares americanos) al inicio de vigencia del contrato. La Prima varía según la edad y sexo del asegurado(a) y puede ser modificada de manera automática previa comunicación al asegurado(a).

Forma de Pago: Mensual Anual

NOTAS IMPORTANTES PARA SU SEGURO

1. Confirmando la exactitud de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, o alterado y doy por enterado(a) que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía. En caso de haber formulado una declaración reticente o inexacta sobre los hechos y circunstancias que, conocidos por el Asegurador, le hubieran inducido no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, estoy consciente que hacen anulable el presente contrato de seguro de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 993 y 994 del Código de Comercio vigente. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias, a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al prestarme sus servicios.
2. Queda entendido que esta solicitud no obliga a la Compañía a la celebración del Contrato de Seguro, cuando no tiene ninguna firma de acuerdo, pero en caso de que en definitiva se lleve a cabo el convenio, la presente declaración se considera incorporada en dicho Contrato de Seguro, previa firma de la Póliza por ambas partes.
3. Todas las declaraciones e informes dados en esta solicitud son ciertos y servirán de base al contrato con BISA Seguros y Reaseguros S.A., sujeto a las condiciones generales y particulares y/o especiales de la Póliza que el solicitante acepta en todas sus partes.

* Fecha (Día, Mes, Año): ____/____/____

Firma del Asegurado(a)*

*En caso de que el Asegurado(a) fuese menor de edad debe firmar el titular

Firma y Sello

BISA Seguros y Reaseguros S.A.

El Asegurado reconoce que la firma incluida en este documento es suya y que la misma tiene pleno valor legal

OBSERVACIONES DE LA COMPAÑÍA

El siguiente cuadro anexo solo será completado por personal designado por la Compañía.

La Compañía: Acepta Rechaza a la persona declarante

Observaciones del Médico Auditor: _____

Aclaración (en caso de ser necesaria) _____
