

Formulario de información del Cliente

Nombre Completo: _____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Estatura: _____ Peso: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Ocupación: _____

Ingresos anuales: _____

¿Es usted ciudadano estadounidense? ☐ Sí ☐ No —
Explique: _____

Tipo de cobertura: ☐ A Terminio ☐ Vida Universal ☐
IUL ☐ Vida Entera (Whole Life) ☐ Gastos Finales

Monto de cobertura deseado: \$ _____

Rango de Prima: \$ _____

☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Uso de tabaco o marihuana (últimos 5 años): Si la
respuesta es si, indique la fecha del ultimo uso y el
tipo: _____

Actividades peligrosas: _____

Planes de viaje al extranjero: ☐ No ☐ Sí: ¿dónde,
por qué y por cuánto tiempo? _____

Antecedentes familiares:

Madre: ☐ Enfermedad Cardíaca ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Otro: _____
Edad diagnosticada ____ ☐ Fallecido (☐ edad ____)

Padre: ☐ Enfermedad Cardíaca ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Otro: _____
Edad diagnosticada ____ ☐ Fallecido ☐ (edad ____)

Hermano/Hermana: ☐ Enfermedad Cardíaca ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Otro: _____
Edad diagnosticada ____ ☐ aún vivo ☐ Fallecido (edad ____)

Historial médico (últimos 5 años): Incluya la fecha del diagnóstico y el tratamiento:

Medicamentos actuales: Incluya nombre, ortografía, razón, frecuencia, dosis:

Notas adicionales: