

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 Término 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: