

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

## Información del Asegurado Principal

Nombre del Asegurado		Seguro Social
Nombre del Pagador		Seguro Social del Pagador
Dirección Postal		Código Postal
Teléfono	E-Mail	

## Información de los Dependientes

Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco	Seguro Social	Ocupación
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco	Seguro Social	Ocupación
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco	Seguro Social	Ocupación

¿Usted, alguno de los dependientes o asegurado adicional, ha sido tratado, se le ha diagnosticado o ha tenido conocimiento sobre problemas o padecimientos de Cáncer, Diabetes, Derrame Cerebral, Ataque Cardíaco o alguna condición del corazón en los últimos cinco (5) años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted, alguno de los dependientes o asegurado adicional ha sido tratado o se le ha diagnosticado por un médico licenciado cáncer o cáncer en la piel durante los últimos diez (10) años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si usted ha contestado en afirmativo a cualquiera de las preguntas arriba indicadas las cubiertas solicitadas estarán sujetas a aprobación de acuerdo a los requisitos de elegibilidad de la Compañía.	

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.	Firmado en
	Fecha MM / DD / AAAA

### AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Firma del Asegurado Principal

Firma del Solicitante o Pagador

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_