



1er. y 2do. Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ M   
 F

Fecha de Nacimiento 

Día	Mes	Año							

 Estado Civil Casado(a)  Divorciado(a)   
 Soltero(a)  Viudo(a)  Teléfono \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

**Dirección**

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Ensanche o barrio \_\_\_\_\_ Ciudad o provincia \_\_\_\_\_

Empleado / Miembro de \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Sueldo RDS \_\_\_\_\_

Evidencia asegurada

Día	Mes	Año							

Teléfono \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_

**Dependientes Asegurados**

Datos personales				Fecha Nacimiento			Fecha Efectividad			Fecha Expiración		
Ter. Apellido	2do. Apellido	Nombre	Parentesco	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

**Beneficiarios Seguro de Vida**

Ter. Apellido	2do. Apellido	Nombre	Porcentaje asignado	Parentesco	Fecha de Nacimiento		
					Día	Mes	Año

No escriba aquí


Fecha electrónica Vida MAAD PAOI DEP

**Declaración Jurada estado de salud asegurados**

- (a) ¿Ha padecido alguna enfermedad o sufrido alguna lesión? Sí  No
- (b) ¿Ha consultado o ha sido tratado con relación a su estado de salud, física o mental? Sí  No
- (c) ¿Ha recibido transfusiones de sangre o se le practicó o recomendó la prueba del SIDA? Sí  No
- (d) ¿Ha estado en calidad de paciente de algún hospital, clínica o sanatorio? Sí  No
- (e) ¿Estado de embarazo? Sí  No

En caso de respuesta(s) afirmativas, deberá especificar diagnóstico, fecha, médico, clínica, estado actual.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro que no he omitido nada relacionado a mi estado de salud, ni el de mis dependientes, y en caso de declaraciones inexactas y/o fraudulentas, este contrato podrá ser inválido. Autorizo a cualquier médico o centro de salud a revelar información sobre mi estado de salud o el de mis dependientes.

\_\_\_\_\_  
Firma solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha