

Cuestionario

Fecha _____

1. ¿Cómo supo de nosotros? ___ Por otro agente.....Nombre _____
 ___ Por un amigo/familiar
 ___ Por el anuncio en Yellow Pages (Páginas Amarillas)
 ___ Por el anuncio en el Internet
 ___ Por el anuncio en el periódico.....¿Cuál? _____
2. ¿Ha visto a algún doctor en los últimos 5 años? No ___ Sí ___
3. ¿Está en algún tratamiento médico? No ___ Sí ___
4. ¿Está tomando algún medicamento? No ___ Sí ___
5. ¿Fuma? No ___ Sí ___
6. ¿Tiene algún tipo de seguro médico en este momento? No ___ Sí ___ Compañía _____
7. ¿Necesita alguna cobertura adicional?
Maternidad ___ Dental ___ Visión ___ Medicinas ___ Otro _____
8. Edad y sexo de cada persona que desea ser asegurada, incluyendo usted mismo(a):
- | | | | | | |
|----------|------------|-----------|----------|------------|-----------|
| Edad ___ | Hombre ___ | Mujer ___ | Edad ___ | Hombre ___ | Mujer ___ |
| Edad ___ | Hombre ___ | Mujer ___ | Edad ___ | Hombre ___ | Mujer ___ |
| Edad ___ | Hombre ___ | Mujer ___ | Edad ___ | Hombre ___ | Mujer ___ |

INFORMACION PERSONAL

Nombre _____ Apellido paterno _____
Dirección _____ Apartamento _____
Ciudad _____ Estado _____
Código Postal (ZIP) _____
Teléfono: Trabajo _____ Casa _____
 Celular _____
Dirección electrónica (e-mail) _____

¿Necesita algún otro tipo de seguro?

Vida ___ Incapacidad ___ Retiro ___ Auto ___ Casa ___