ZENTRA

APLICACIÓN IUL
INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
País de nacimiento: _____
SS: _____
Ocupación: _____
Industria: _____
Hace cuántos años: _____
Ingreso anual: _____
Peso: _____ Altura: _____

Dirección: _____
_____
Teléfono: _____
Email: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal (Zip Code): _____

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Separado(a)

2. INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

Condición de salud: ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

Médico Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Toma medicamentos? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, detalle:

_____
_____

3. HISTORIAL MÉDICO

Última cita médica: _____

Motivo de la cita: _____

Resultado: _____

Hospitalizaciones: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, detalle:

_____
_____

Cirugías: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, detalle:

_____
_____

Enfermedades importantes: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, detalle:

_____
_____
_____

4. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre completo del beneficiario	Relación	Porcentaje (%)

5. INFORMACIÓN BANCARIA

Nombre del banco: _____ Número de ruta (Routing Number): _____

Número de cuenta: _____ Tipo de cuenta: ☐ Checking ☐ Savings