

# CUESTIONARIO DE VIAJES Y RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

Apellidos:

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA):

Nombre (s):

Número de Póliza/Solicitud:

1. ¿Cuál es la razón principal por la cual viaja o reside en el extranjero?  Vacaciones  Negocios
2. Favor de proporcionar información detallada de sus planes de viaje para los próximos 12 meses (incluyendo una copia de su itinerario si está disponible)

Países	Ciudades o pueblos	Fecha de llegada (MM/DD/AAAA)	Fecha de salida (MM/DD/AAAA)	Tipo de visa

3. Favor de proporcionar información detallada de los viajes realizados en los últimos 12 meses.

Países	Ciudades o pueblos	Fecha de llegada (MM/DD/AAAA)	Fecha de salida (MM/DD/AAAA)	Tipo de visa

4. Favor de indicar su lugar de nacimiento

5. Favor de indicar su nacionalidad (en caso de tener más de una, indicar todas):

6. Favor de indicar información detallada de cualquier activo o bienes inmuebles de su propiedad o controlados por usted en alguno de los países que planea visitar o residir:

7. Si planea residir en algún país por más de 21 días, favor de proporcionar la siguiente información detallada:

- a) Tipo de residencia (por ej. departamento, casa, hotel, complejo habitacional, refugio temporal, etc.)

- b) Dirección (incluyendo nombre y número de la calle, ciudad, código postal, país):

- c) Instalaciones médicas (distancia al médico y hospital más cercanos):

8. Si su viaje es por motivos de negocios, favor de indicar la siguiente información:

a) Nombre del Negocio:

b) Naturaleza del Negocio:

c) Sus deberes y responsabilidades:

d) Fecha de inicio:

e) Remuneración anual:

f) Información detallada sobre los arreglos de atención médica y planes o procedimientos en caso de una enfermedad o lesión importante:

g) Forma de viaje dentro del país (por ej. transporte público o privado, avión privado, etc.):

h) Medidas de seguridad tomadas por el empleador:

i) ¿Está usted contratado bajo los términos de un contrato o acuerdo? En caso afirmativo, favor de incluir una copia de este contrato o acuerdo en caso de estar disponible en caso contrario proporcione información detallada como empleador, fecha de inicio, duración, etc:

9. Favor de proporcionar cualquier información adicional que considere importante:

### Declaración

Confirmando que todas las respuestas que he proporcionado son de mi total conocimiento, verdaderas y que no he omitido ninguna información material que pudiera influir en la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho material conocido por mí podría invalidar mi póliza de seguro (s).

Firma

Fecha (MM/DD/AAAA)

**X** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_