- Flujo DPS

RIMAC
ASESORIA

PASO 2 DE 2

Estilo de vida y Salud

Este cuestionario fue realizado anteriormente y el cliente presenta una evaluación existente.

Recuerda que las respuestas ingresadas tienen una vigencia de **45 días** calendario.

EMPEZAR



Henroe
50 años

Zona de Confianza

Para darle la mejor protección, necesitamos que responda con total sinceridad, a continuación.

Las preguntas están diseñadas para conocer a profundidad el **estilo de vida y la salud** de nuestros asegurados. **Mentir puede afectar en el cobro** de su monto asegurado.

ABRIR FORMULARIO

CONTINUEMOS



Igual

Evaluación de riesgos

Las preguntas están diseñadas para conocer a profundidad el **estilo de vida y la salud** de nuestros asegurados. **Mentir puede afectar en el cobro** de su monto asegurado.

Altura (cm)

Peso (kg)

¿Ha fumado en los últimos 2 años?

SI NO



Henroe
50 años

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?:

¿Le tuvieron que hospitalizar debido al Covid-19 o tiene actualmente síntomas o secuelas de coronavirus?

SI NO

¿Cáncer o cualquier anormalidad sospechosa de cáncer como nódulo, quiste tumor o lesión?

SI NO

¿Ataque al corazón (Infarto de miocardio), insuficiencia cardiaca, arritmia, angina de pecho u otra enfermedad del corazón?

SI NO



Henroe
50 años

¿Participa o tiene intención de participar en cualquier actividad o deporte peligroso como deportes acuáticos, competiciones con vehículos motorizados, montañismo, aviación / deportes de vuelo, artes marciales, boxeo, montar a caballo, caza, puenting o en otros deportes extremos?

SI NO

¿Usted consume o ha consumido marihuana, cocaína, ácido (LSD) u otro químico que pueda causar dependencia sin tener prescripción médica?

SI NO

CONTINUAR



Henroe
50 años

Confirmación de solicitud del seguro

Debes pedir a tu cliente la confirmación de solicitud del seguro enviándola a su correo.

DATOS DEL ASEGURADO

Henroe Vicente Stman Chiquispuma

DNI	10149252
Fecha de nacimiento	22/06/1974
Número de celular	997615119
Correo electrónico	carlose.zaldivar@softtek.com
Dirección	ML. calle 34 4500 - POMALCA

EDITAR INFORMACIÓN

CONTINUAR ›

Completa la siguiente declaración

¿Conoces alguna información adicional que no ha sido declarada por tu cliente y pudiera afectar el riesgo?

- Si
- No

Acepto la Declaración del proceso de asesoría

En caso tu respuesta sea afirmativa, podrás indicar esta información antes de finalizar la asesoría.

CONTINUEMOS

