

**1. Asegurado principal sosio di ACU**

**Fam/ Nòmber di dilanti:** .....

**Fecha di nasimentu y number di sédula:** .....

**Adrès:** .....

**Number di miembro:**.....

**Lugá di biba:** .....

**Number di telefon:** .....

**Doño di trabou:**.....

**Email-adres:** .....

**Paketenan di e seguro di entiero:**

- **A. Kapital XCG. 3.000,- Prima mensual XCG. 20,10**
- **B. Kapital XCG. 5.000,- Prima mensual XCG. 27,15**
- **C. Kapital XCG. 7.500,- Prima mensual XCG. 40,35**
- **D. Kapital XCG. 10.000,- Prima mensual XCG. 53,25**
- **E. Kapital XCG. 12.500,- Prima mensual XCG. 68.40**
- **F. Kapital XCG. 15.000,- Prima mensual XCG. 77.85**

Nòmber di aseguradonan y miembro di famia	Relashon familiar	Fecha di nasimentu y number di sédula
2. ....	.....	.....
3. ....	.....	.....
4. ....	.....	.....
5. ....	.....	.....
6. ....	.....	.....

Nòmber di promé beneficiario di e	Nòmber di dos beneficiario di e
1. <b>Asegurado Prinsipal</b> .....	.....
2. <b>Asegurado:</b> .....	.....
3. <b>Asegurado:</b> .....	.....
4. <b>Asegurado:</b> .....	.....
5. <b>Asegurado:</b> .....	.....
6. <b>Asegurado:</b> .....	.....

**Firma asegurado prinsipal:** .....

*Akseptashon di e seguro di entiero aki ta sosodé ku aprobashon di dòkter.*

Fecha di inisio .....



**Preguntanan relashoná ku e estado di salu**

Kiko ta bo peso y haltura?

- Peso:..... kg
- Haltura: .....cm

Bo tin un malesa, defekto o kualkier deshabilitat aktualmente? Si / No

Si ta "si", por favor indiká ki tipo di problema;.....

Bo ta huma? Si ta si, porfavor indika kuantu pa día: Si / No

.....

Bo ta bebe bibida alkohólíko? Si ta si, por favor indiká kuantu pa día: Si /No

.....

Bo ta usa droga?, Si ta si, ki tipo i pa kuantu tempu? Si / No

.....

Bo ta usando remedi aktualmente? Si / No

Si ta "si" por favor indiká e nòmber, e dosis y e motibu di uso; .....

.....

Bo tabatin operashon den e último 5 añanan? Si / No

Si ta "si", por favor indiká pa kiko; .....

Bo a bishita kualke médiko o spesialisista último 3 luna? Si / No

Si ta "si" por favor indiká e nòmber y e motibu; .....

.....

Bo ta bisti brel?, Si ta si, por favor indiká e midí. Si / No

.....

Bo tin AIDS,HIV of sifilis? Si / No

Si ta "si" ki tipo?.....

Bo tin / tabatin un tumor o cancer? Si / No

Si ta "si" por favor indiká ki tipo y na unda ; .....

Bo tin algu mas di partisipá o remarka relashoná ku bo salú ku lo por tin influensia riba pago den kaso di fayasimentu? Si / No

Si ta "si"por favor indiká esaki.....

*Akseptashon di e seguro di entiero aki ta sosodé ku aprobashon di dòkter.*

**Nòmber di asegurado prinsipal** :.....

**Fecha:** .....

**Lugá:** .....

**Firma:** .....

**Suskrito ta deklará di a yena e formulario aki kompletamente konforme bèrdat y ta duna outorisashon pa den kaso di fayasimentu por hasi investigashon serka kualke médiko o spesialisista.**