

# Forma de Especificación de Ocupación y Deberes



1. Liste las tres actividades principales de su ocupación (Sea específico por favor)\*


2. ¿Que porcentaje de su ocupación exige esfuerzo físico?

%

3. Liste las tres actividades físicas principales de su ocupación (si existen)\*


3a. Proporcione una descripción para cada actividad física listada.


4. ¿Su ocupación requiere de que realice viajes internacionales?

Sí  No

4a. ¿Si su respuesta es afirmativa, por favor indique a cuales países?

**Especifique su area de especialización profesional**

Ejemplo: si ud., es un médico liste su especialidad o el tipo de medicina que práctica. Si es abogado, proporcione el tipo de derecho que práctica.

--

\*Si necesita espacio adicional para otras actividades específicas, por favor adjunte página independiente proporcionando la información requerida.

## Nota:

Por favor, asegúrese de indicar su dirección electrónica en la primera página de la solicitud. El no proporcionar su correo electrónico y al firmar esta forma, ud, acepta que, todas las preguntas referentes a su póliza de incapacidad sean enviadas a la dirección de correo electrónico de su representante de ventas y no a ud.

Firma del propuesto solicitante \_\_\_\_\_

Firma del representante de ventas / Corredor de seguros \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año