

LORD & CO. INSURANCE AGENTS

Informacion Para Presupuesto de Seguro Medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

- Asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Tobacco:  Si  No Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Condiciones Medicas: \_\_\_\_\_
- Pareja: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Tobacco:  Si  No Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Condiciones Medicas: \_\_\_\_\_
- Hijo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Condiciones Medicas: \_\_\_\_\_
- Hijo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Condiciones Medicas: \_\_\_\_\_
- Hijo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Condiciones Medicas: \_\_\_\_\_

Seguro Medico Actual:  Si  No

Si "Si" Nombre de Asegurancia: \_\_\_\_\_

Como oyo de nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Complete y mande esta forma por Fax a Margy Sundstrom 940.387.6962.