

**1. Asegurado prinsipal, alabes sosio di ACU**

**Fam/ Nòmber di dilanti:** .....

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

**Number di miembresia (ACU):** .....

**Adrès:** .....

**Lugá di biba:** .....

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

**Doño di trabou:**.....

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

**Paketenan di e seguro di entiero:**

- **A.** Kapital ANG. 3.000,- Prima mensual ANG. 20,10
- **B.** Kapital ANG. 5.000,- Prima mensual ANG. 27,15
- **C.** Kapital ANG. 7.500,- Prima mensual ANG. 40,35
- **D.** Kapital ANG. 10.000,- Prima mensual ANG. 53,25
- **E.** Kapital ANG. 12.500,- Prima mensual ANG. 68,40
- **F.** Kapital ANG. 15.000,- Prima mensual ANG. 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>Sosio:</b>	.....	.....
2. <b>Asegurado:</b>	.....	.....
3. <b>Asegurado:</b>	.....	.....
4. <b>Asegurado:</b>	.....	.....
5. <b>Asegurado:</b>	.....	.....
6. <b>Asegurado:</b>	.....	.....

*Den kaso ku no por komprobá e relashon familiar entre e asegurado prinsipal y e asegurado ku a fayesé, pago di e suma sigurá lo no tuma lugá.*

**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 o defekto aktualmente? Si / No

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

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 tin AIDS / Bo ta HIV seropositif? 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.....

**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.**

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

**Fecha:** .....

**Lugá:** .....

**Firma:** .....