



Información del Propuesto Asegurado

Primer Nombre Segundo Nombre

Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada

Fecha de nacimiento Sexo F M Nacionalidad

Estado Civil Cédula/Pasaporte

Edad Peso Lbs/Kgs Estatura Pies/Mts. Ingreso Anual Moneda

País de Residencia Ciudad/Provincia

Dirección de Residencia

Sector

Tel. Residencia Tel. Celular Tel. Oficina

Correo electrónico

Empleador

Nombre de la compañía Ocupación

Actividad Económica de la empresa Años de empleo en la compañía

Deberes (Favor de dar detalles)

Dirección

Contratante (completar sólo si no fuese el asegurado)

Primer Nombre Segundo Nombre

Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada

Fecha de nacimiento Sexo F M Nacionalidad

Cédula/Pasaporte

Estado Civil País de Residencia

Ciudad/Provincia Dirección de Residencia

Sector

Tel. Residencia Tel. Celular Tel. Oficina

Fax Correo electrónico

Empresa donde labora Ocupación/Cargo

Dirección



Actividad Económica de la Empresa Sector

Ciudad País

Parentesco con el asegurado

Propósito del Seguro

Pagador (completar sólo si no fuese el contratante)

Primer Nombre Segundo Nombre

Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada

Fecha de nacimiento Sexo F M Nacionalidad

Cédula/Pasaporte

Estado Civil País de Residencia

Ciudad/Provincia Dirección de Residencia

Sector

Tel. Residencia Tel. Celular Tel. Oficina

Fax Correo electrónico

Empresa donde labora Ocupación/Cargo

Dirección

Actividad Económica de la Empresa Sector

Ciudad País

Parentesco con el asegurado

Propósito del Seguro

Persona políticamente expuesta

Las Personas Políticamente Expuestas son aquéllas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, ej. Jefes de Estado o de gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos, entre otros. La designación de PEP incluye a su cónyuge y familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta? Sí No

En caso afirmativo, cargo actual o anterior y tiempo en el cargo



Perfil Financiero

Ingresos anuales actividad principal Menos de 10 mil US\$ 10 mil a 30 mil US\$ 30 mil a 50 mil US\$ Más de 50 mil US\$

Ingresos anuales por otras actividades Menos de 10 mil US\$ 10 mil a 30 mil US\$ 30 mil a 50 mil US\$ Más de 50 mil US\$

Información pertinente al plan

Tipo de Plan WWTERM WW SURVIVOR WWTERM VALUE Años

Estándar Nicotina Sí No

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	PRIMA
Vida Básica	\$	\$
Supervivencia	\$	\$

PRIMA TOTAL

Información pertinente al pago de la prima

Anual Semestral Trimestral Mensual Cheque T.C.

Designación de los Beneficiario(s) Primario(s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Ocupación	Parentesco	%

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Primarios es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

Parentesco Cédula/Pasaporte

Beneficiario(s) Contingente(s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Ocupación	Parentesco	%

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Primarios es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

Parentesco Cédula/Pasaporte



1.a. ¿La persona propuesta para seguro tiene alguna cobertura existente, o alguna solicitud pendiente para seguro de vida o anualidad con esta compañía o cualquier otra? (Si es afirmativo, por favor liste a continuación) Sí No

Nombre de la compañía	Monto del seguro	Dirección	No. de Poliza	Cantidad ADB	Fecha de Solicitud

1.b. ¿Tiene la persona propuesta para seguro la intención de reemplazar, discontinuar o cambiar alguna de estas coberturas? (Si es afirmativo, liste a continuación) Sí No

Nombre de la compañía	Monto del seguro	Dirección	No. de Poliza	Cantidad ADB	Fecha de Solicitud

Información general

SI LA RESPUESTA ES "SI" EN ALGUNA PREGUNTA, FAVOR DAR DETALLES EN LA PREGUNTA 7

1. Alguna vez el propuesto asegurado:

a. ¿Ha fumado cigarrillos, cigarros, pipas o utilizado productos de tabaco o nicotina en cualquier forma, incluyendo olido, sumergido, masticado, parches de nicotina, chicle u otros sustitutos en los últimos 24 meses? Sí No

En caso afirmativo, favor indicar cual producto y que cantidad.

Cigarrillos
 Pipa
 Parche o chicle de Nicotina
 Tabaco
 Mastica tabaco
 Otro

b. ¿Consumo bebidas alcohólicas? Sí No

En caso afirmativo favor indicar la cantidad que toma y con qué frecuencia

c. Piensa viajar fuera de su país? Sí No

En caso afirmativo, favor detallar

d. ¿Ha recibido tratamiento o se ha unido a una organización por motivo de dependencia o abuso del alcohol? Sí No
De ser así, ¿cuándo?

e. Ha sido arrestado por el uso, posesión, venta, distribución o cualquier acto delictivo relacionado de manera directa o indirecta con marihuana, narcóticos, sustancias alucinógenas o que alteren la mente no prescritas por un médico? Sí No

f. ¿Ha recibido resultados positivos indicando haber estado expuesto al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? Sí No



g. ¿Se le ha suspendido o revocado alguna vez la licencia de conducir, ha sido convicto de 3 o más violaciones de vehículo automotor en movimiento, ha tenido 2 o más accidentes mientras maneja un vehículo automotor, o ha sido convicto de manejar un vehículo automotor mientras estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas? De ser así, indique: quién, cuándo, número de licencia de conducir, el estado que la expidió y los detalles.

Sí No

Form input area for question g.

2. La persona propuesta para seguro ha recibido tratamiento o ha sido diagnosticada por un profesional médico:

a. ¿De tener el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o Complejo Relacionado con SIDA (CRS)?

Sí No

b. ¿De haber tenido un ataque cardíaco, cirugía del corazón, embolia o cáncer?

Sí No

c. ¿Por el uso de marihuana, narcóticos, sustancias alucinógenas o que alteren la mente no prescritas por un médico?

Sí No

3. En los últimos tres años, ¿alguna persona propuesta para cobertura ha sido calificado, pospuesto o negado un seguro de vida o de salud? (Si es afirmativo, brinde el(los) nombre(s) y la información en la Pregunta 6.)

Sí No

4. En los últimos 3 años o en los siguientes 12 meses, alguna persona de las propuestas para seguros habrá: (Si fuera afirmativo, adjunte cuestionario Suplementario)

a. ¿Volado en otra capacidad que no sea la de pasajero en una aerolínea comercial?

Sí No

b. ¿Participado en actividades que involucren el uso o las carreras en un "scooter", motorizado, motocicleta, carro u otro vehículo impulsado, participado en deportes submarinos, buceo SCUBA, planeadores de mano, paracaidismo, saltos BASE, saltos en cuerda elástica (bungee jumping), paracaidismo con cometa (para-kiting), paracaidismo planeador (skydiving), esquí con helicóptero, o escalar rocas o montaña?

Sí No

En caso afirmativo especifique cual

Form input area for question 4b.

5. ¿Existe un historial de muertes por enfermedades coronarias arteriales, embolia, cáncer o enfermedades de los riñones, ya sea de un padre o hermano natural antes de la edad de 60 años, o un diagnóstico de diabetes mellitus antes de la edad de 50 años? (Si es afirmativo, provea detalles en la Sección 6)

Sí No

6. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses? Sí No

En caso afirmativo: Aumento Pérdida

Favor proveer detalles a continuación

Form input area for question 6.

7. Liste los nombres y direcciones de los médicos que el propuesto asegurado ha consultado recientemente por cualquier razón y el médico regular, si fuera diferente. También liste los detalles de cualquier pregunta afirmativa a las preguntas de Información General (incluya el No. de pregunta). Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Form input area for question 7.



Historial Médico

1. El Propuesto Asegurado ha sido alguna vez tratado, ha tenido alguna señal o síntoma o se la ha dicho que tiene:

a. ¿Presión arterial? Sí No

b. ¿Dolor, presión o molestia en el pecho, palpitaciones, soplos al corazón, fiebre reumática u otros problemas cardíacos? Sí No

c. ¿Anemia, aneurisma, flebitis u otros problemas de la sangre o de los vasos sanguíneos? Sí No

d. ¿Asma, dificultad al respirar, enfisema u otros problemas de los pulmones o del sistema respiratorio? Sí No

e. ¿Epilepsia, convulsiones, desmayos, parálisis o embolias; depresión o cualquier otro problema nervioso o mental; o anormalidad cerebral? Sí No

f. ¿Úlcera, colitis, hepatitis, u otros problemas del estómago, vesícula, hígado, intestinos, páncreas o del recto? Sí No

g. ¿Diabetes, tiroides pituitaria o problemas glandulares? Sí No

h. ¿Lupus, artritis, problemas de la espalda, gota o problemas de la piel, músculos, huesos o articulaciones? Sí No

i. ¿Pólipo, tumor o cáncer? Sí No

j. ¿Azúcar, albúmina o sangre en la orina? Sí No

k. ¿Nefritis, piedras en los riñones, uretritis u otros problemas de los riñones o del tracto urinario? Sí No

l. ¿Mastitis, prostatitis, enfermedades venéreas u otros problemas de los órganos genitales o reproductores? Sí No

m. ¿Cualquier problema de los ojos, oídos, nariz o garganta? Sí No

n. ¿Cualquier problema de los nódulos linfáticos, sudores nocturnos, fatiga o fiebre sin explicación? Sí No

2. Toma el propuesto asegurado en la actualidad algún medicamento prescrito, o ha recibido tratamiento de algún tipo: Sí No

3. Aparte de lo que se indica anteriormente, el propuesto asegurado, en los últimos 5 años:

a. ¿Ha tenido una anormalidad mental, física o congénita? Sí No

b. ¿Ha tenido algún tipo de cirugía? Sí No

c. ¿Se ha hecho un rayo X, electrocardiograma u otra prueba de diagnóstico? Sí No

d. ¿Ha recibido tratamiento, consulta u observación en el consultorio de un médico? Sí No

e. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica u otra institución? Sí No

f. ¿Se le ha recomendado que se hiciera prueba para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no se llevó a cabo? Sí No

4. Para mujer solamente.

a. Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivo o en los senos? Sí No

b. Está usted embarazada? ¿Cuántos meses tiene de embarazo? meses Sí No



5. Favor suministre detalles sobre cualquier respuesta afirmativa a las Preguntas 1, 2, 3 y 4. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Pregunta No.	Nombre Enfermedad/ Síntoma / Herida / etc.	Tratamiento / Medicamento	Nombre y dirección del Hospital	Fecha	Duración	No. de paciente

Autorizaciones y firmas

En la medida de mis conocimientos, las declaraciones y respuestas suministradas en esta declaración son verdaderas, completas y correctamente anotadas. ADVERTENCIA: cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente un reclamo por beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, o que conscientemente presente información falsa en una solicitud de seguros, podría ser hallado culpable de fraude de seguros.

Autorizo a WorldWide Seguros S.A.(WORLDWIDE), a solicitar, gestionar y obtener ante cualesquiera entidades de intermediación financiera y crediticias nacional o internacional, toda la información que sea considerada conveniente sobre mi historial de crédito, incluyendo de manera enunciativa sin limitación alguna, a las obligaciones y transacciones comerciales que sean llevadas o pudieren ser llevadas a cabo con cualquier entidad económica. De igual forma, con presentar copia fotostática o el original de esta solicitud, autorizo expresamente a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra entidad, agencia gubernamental o persona física o jurídica relacionada para proveer a WORLDWIDE todo informe, declaración, análisis, diagnóstico, registro profesional que requiera respecto al asegurado. Renuncio y me obligo a mantener indemne a cualesquiera de los mencionados más arriba por la provisión de la información médica requerida.

Firmado en (Ciudad y País) Fecha

Nombre del Asegurado si no fuera el Contratante

Nombre del contratante

Firma del Asegurado si no fuera el Contratante

Firma del contratante

Firma del Representante Legal



Reporte del agente

1. ¿Qué tan bien conoce al Propuesto asegurado?

Familia, por favor liste parentesco

Amigo lo conoce bien poco por años

Sí No

Cliente por años

¿Lo acaba de conocer? ¿Cómo?

1. ¿Cuál es el proposito de este seguro?

2. Si el propuesto asegurado es casado, ¿cuál es el nombre del cónyuge y cuántos seguros tiene el cónyuge?

3. Si el propuesto asegurado es menor de 21 años, ¿cuántos seguros tiene cada uno de los padres y cada hermano y hermana?

4. ¿Cuál es el monto correspondiente al Propuesto Asegurado

Valor Neto aproximado de Patrimonio

Ingreso Devengado

Ingreso No Devengado

Ocupación en los últimos 5 años

5. ¿Obtuvo las respuestas personalmente del propuesto asegurado?

Sí No

6. El propietario me mostró un documento de identificación con foto emitido por el gobierno.

Tipo de ID

ID emitido por

Fecha de Emisión

Fecha de Expiración

Lugar (Ciudad y país)

Fecha:

Nombre del agente

Firma del agente