



1./ Datos del Asegurado Propuesto (Aseg.1):

Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Primer Apellido	
Fecha de Nacimiento día / mes / año		Edad	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo		
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Número de ID		Fumador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
País de Nacimiento / Residencia					
Ocupación		Ingreso Anual		Ingreso Familiar Anual	
Nombre de la Compañía			Años / Meses en el Empleo		
Naturaleza del Negocio					
Tareas que Realiza					

2./ Datos del Propietario (si es diferente al Asegurado/Pensionado):

Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Primer Apellido	
Fecha de Nacimiento día / mes / año		Edad	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo		
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Número de ID		Fumador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
País de Nacimiento / Residencia			Parentesco con el Asegurado Propuesto		
Ocupación		Ingreso Anual		Ingreso Familiar Anual	
Nombre de la Compañía			Años / Meses en el Empleo		
Naturaleza del Negocio					
Tareas que Realiza					

3./ Datos Pensionado Designado: (si desea designar un Pensionado diferente)

Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Primer Apellido	
Fecha de Nacimiento día / mes / año		Edad	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo		
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Número de ID		Fumador <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
País de Nacimiento / Residencia			Parentesco con el Asegurado Propuesto		
Ocupación		Ingreso Anual		Ingreso Familiar Anual	
Nombre de la Compañía			Años / Meses en el Empleo		
Naturaleza del Negocio			Tareas que Realiza		

4./ Datos del Plan:

Frecuencia de Pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual		Forma de Pago <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transfer. <input type="checkbox"/> Débito a cuenta	
Clase <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E	Serie Con Seguro <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/>	Período de Contribución Años	
Período de Diferimiento Años		Período de Retiro / Estudio Años	
Edad al Retiro / Estudio Años		Monto Esperado al Retiro / Estudio (*)	
Monto Pagado con la Solicitud		Monto Contribución Anual	

Indicar si el Asegurado Propuesto, el Propietario y/o el Asegurado Adicional, son residentes y/o ciudadanos de alguno de estos países:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asegurado Propuesto (Aseg. 1) | <input type="checkbox"/> Propietario | <input type="checkbox"/> Asegurado Adicional (Aseg. 2) |
| <input type="checkbox"/> Estados Unidos de América (USA) | <input type="checkbox"/> Estados Unidos de América (USA) | <input type="checkbox"/> Estados Unidos de América (USA) |
| <input type="checkbox"/> Islas Vírgenes Británicas (IVB) | <input type="checkbox"/> Islas Vírgenes Británicas (IVB) | <input type="checkbox"/> Islas Vírgenes Británicas (IVB) |

6./ Asegurado Propuesto-Beneficiarios Principales (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento día / mes / año	Parentesco	%

Asegurado Propuesto-Beneficiarios Contingentes (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento día / mes / año	Parentesco	%

7./ Asegurado Adicional-Beneficiarios Principales (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento día / mes / año	Parentesco	%

Asegurado Adicional-Beneficiarios Contingentes (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento día / mes / año	Parentesco	%

Si el Beneficiario tiene el parentesco de Cónyuge o Unión Libre, indicar si tiene:

☐ Póliza de vida vigente ☐ Solicitud en proceso ☐ Ninguno

Peso <input type="text"/> Kgms. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Libras <input type="checkbox"/>		Altura <input type="text"/> Mtrs. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Pies <input type="checkbox"/>		Tipo de Sangre A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	
				Si	No
1.- ¿Ha usted aumentado o disminuido más de 10 Lbs (5 Kgms) de peso en el último año?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Hay algún antecedente de enfermedades mentales, tuberculosis, epilepsia, suicidio o diabetes en su familia?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Existe alguna historia médica de enfermedades hereditarias en su familia?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Ha fallecido algún miembro de su familia inmediata como resultado de cáncer, enfermedades de los riñones o del corazón, diabetes o alta presión arterial antes de la edad de 65 años?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Está usted actualmente tomando medicina sin prescripción médica o está usted bajo tratamiento por uso de drogas o alcohol?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Está tomando usted actualmente algún medicamento?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Ha sido usted sometido a cirugía o se le ha aconsejado a ello durante los últimos 10 años?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Ha sido usted sometido a un examen físico o ha sido examinado por un médico en los últimos 10 años?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Se le han hecho radiografías, electrocardiogramas o exámenes de sangre en los últimos 10 años ó tiene resultados de algún examen pendiente por recibir?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- ¿Ha tenido usted un tumor o enfermedades sexuales en los últimos 10 años?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- ¿Está usted total o parcialmente incapacitado? ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por 10 ó más días por razones de salud?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- ¿Ha usado usted alguna vez nicotina en cualquier forma?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.- ¿Durante los últimos 10 años ha usado usted heroína, morfina, otros narcóticos, marihuana, cocaína, barbitúricos, anfetaminas o drogas alucinógenas?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.- ¿Ha sido diagnosticado por un médico de tener o ha sido tratado para Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
15.- ¿Ha sido usted paciente o le han aconsejado internarse en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico, tratamiento u operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.- ¿Ha tenido una enfermedad, condición u otro desorden o defecto físico no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.- Indique si usted ha sufrido en los últimos 10 años o se le ha tratado o se le ha aconsejado recibir tratamiento para:		
a.- Enfermedades mentales, convulsiones, mareos, epilepsia o cualquier otra enfermedad que afecte el sistema nervioso, desvanecimiento, dolores de cabeza crónicos o desórdenes psicológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.- Cáncer, diabetes, derrame cerebral, alta presión arterial, colesterol alto o cualquier otro desorden de la sangre, tiroides, riñones, hígado, corazón, sistema gastrointestinal o respiratorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.- Neuritis, artritis o cualquier enfermedad, desorden en los músculos, huesos, columna vertebral, espalda o articulaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.- ¿Se ha medido la presión arterial en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Aseg 1) Sistólica_____ Diastólica_____		
(Aseg 2) Sistólica_____ Diastólica_____		
19.- ¿Se ha medido el azúcar en la sangre en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultado (1)_____ (2)_____		
20.- ¿Se ha sometido a una colonoscopia y/o endoscopia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.- ¿Ha sido usted rechazado, diferido o aceptado con una prima adicional o bajo términos especiales de cobertura para una cobertura de seguros de vida, incapacidad o de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>SOLO PARA MUJERES</u>		
22.- ¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.- ¿Se ha hecho una prueba de Papanicolaou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.- ¿Se ha hecho una mamografía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>SOLO PARA HOMBRES</u>		
25.- ¿Se ha hecho usted un examen rectal o de próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detallar a continuación toda la información del Asegurado sobre cualquier pregunta respondida afirmativamente en la Sección 8 de esta Solicitud				
Asegurado	Pregunta	Fecha	Diagnóstico / Tratamiento / Resultado	Nombre y Dirección del Médico/Institución Hospitalaria

Médico Principal Nombre Teléfono Dirección		Última Visita Fecha Razón Resultados	
---	--	---	--

	Si	No
<p>1.- ¿Viaja usted en aviones privados diferentes de líneas aéreas comerciales? (utilizar cuestionario especial de aviación)</p> <p>En caso afirmativo viaje usted como:</p> <p>Tripulación Pasajero Frecuencia_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.- ¿Tiene usted licencia de piloto? (en caso afirmativo utilizar cuestionario especial de aviación)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3.- ¿Ha participado en los últimos 3 años o piensa participar en carreras de motocicletas, volar en deslizador, volar en globos, paracaidismo en caída libre, aviación, paracaidismo, lanzamiento en acantilados, alpinismo, submarinismo, salto en correa elástica o cualquier deporte similar? (en caso afirmativo utilizar cuestionario de deportes peligrosos)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4.- ¿Practica usted algún deporte? Si la respuesta es afirmativa, indique:</p> <p>Tipo _____ Frecuencia _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5.- ¿Usa usted arma de fuego? (en caso afirmativo utilizar cuestionario de cacería y tiro)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6.- ¿Maneja productos explosivos, radioactivos, tóxicos o químicos? Explique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7.- ¿Requiere su ocupación viajar, destinos y frecuencia?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
<p>8.- ¿Usa UD. algún transporte personal diferente de un automóvil? Indique tipo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9.- ¿Ha sido usted investigado, enjuiciado, condenado o convicto por algún delito?</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10.- ¿Ha sido usted secuestrado o ha sido víctima de algún atentado en el pasado?</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>11.- ¿Dispone de los servicios de "Guardaespaldas", o cualquier servicio de seguridad personal? (en caso afirmativo utilizar cuestionario de personas protegidas)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>12.- ¿Tiene usted algún pasatiempo? Si la respuesta es afirmativa, indique:</p> <p>Tipo _____</p> <p>Tipo _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13.- ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Si la respuesta es afirmativa, indique:</p> <p>Tipo _____ Frecuencia _____</p> <p>Tipo _____ Frecuencia _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>14.- ¿Fuma usted? Si la respuesta es afirmativa, indique:</p> <p>Tipo _____ Frecuencia _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.- ¿Están todos los hermanos igualmente asegurados?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

2.- ¿Tienen seguro de vida los padres / guardianes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

1.- ¿Tiene usted algún seguro de vida vigente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

2.- ¿Tiene usted solicitudes de seguros de vida pendientes con otra compañía actualmente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

Detallar a continuación por Asegurado toda la información sobre cualquier pregunta respondida afirmativamente en la Sección 12 de esta Solicitud				
Asegurado	Pregunta	Nombre de la Compañía de Seguros de Vida	Fecha Efectiva	Cantidad Asegurada / Monto de Retiro

<p>1.- ¿Hace cuánto tiempo y que tan bien conoce usted al Solicitante?</p> <p>_____</p> <p>2.- Si usted es familiar o tiene algún parentesco con el Solicitante por favor indíquelo:</p> <p>_____</p> <p>3.- Si el Solicitante tiene alguna relación con alguna persona en la cadena de agentes por favor indíquelo:</p> <p>_____</p> <p>4.- Según su conocimiento, declare el Ingreso Familiar Anual del Solicitante:</p> <p>_____</p> <p>5.- Objetivo Principal: Describa que motivó al cliente a tomar este Plan</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><i>Personal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ahorro</p> <p><input type="checkbox"/> Planificación Hereditaria</p> <p><input type="checkbox"/> Retiro / Jubilación</p> <p><input type="checkbox"/> Protección Familiar</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><i>Negocio</i></p> <p><input type="checkbox"/> Persona Clave</p> <p><input type="checkbox"/> Protección Contra Deudas</p> <p><input type="checkbox"/> Compañía Anónima</p> <p><input type="checkbox"/> Sociedad</p> </td> </tr> </table>	<p><i>Personal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ahorro</p> <p><input type="checkbox"/> Planificación Hereditaria</p> <p><input type="checkbox"/> Retiro / Jubilación</p> <p><input type="checkbox"/> Protección Familiar</p>	<p><i>Negocio</i></p> <p><input type="checkbox"/> Persona Clave</p> <p><input type="checkbox"/> Protección Contra Deudas</p> <p><input type="checkbox"/> Compañía Anónima</p> <p><input type="checkbox"/> Sociedad</p>	<p>6.- Tiene o ha tenido alguno de los Solicitantes:</p> <p>a.- Cargo Político / Elección Popular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Detalle _____</p> <p>Años de Permanencia _____</p> <p>b.- Cargo Militar Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Detalle _____</p> <p>Años de Permanencia _____</p> <p>c.- Función Gubernamental / Cargos Públicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Detalle _____</p> <p>Años de Permanencia _____</p> <p>Comentarios Adicionales:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p><i>Personal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ahorro</p> <p><input type="checkbox"/> Planificación Hereditaria</p> <p><input type="checkbox"/> Retiro / Jubilación</p> <p><input type="checkbox"/> Protección Familiar</p>	<p><i>Negocio</i></p> <p><input type="checkbox"/> Persona Clave</p> <p><input type="checkbox"/> Protección Contra Deudas</p> <p><input type="checkbox"/> Compañía Anónima</p> <p><input type="checkbox"/> Sociedad</p>		

1.- ☐ Perfiles Pre-estables - Distribución automática de Activos

Por favor marque el Perfil del Plan como aparece en su Ilustración:

Potencial de Retorno

Riesgo

Crecimiento

- * Posibilidad de Alta Volatilidad
- * Mayor Horizonte de Tiempo

Balanceado

- * Apreciación de Capital
- * Necesidades Mín. de Ingresos

Moderado

- * Preservación de Capital
- * Cortos Horizontes de Tiempo

Con Garantía

- * Mínimo garantizado
- * Cuenta de Reserva

14./ Declaración del Asegurado:

15./ Autorización del Asegurado:

Autorizo a StateTrust Life and Annuities a aceptar cheques en mi nombre para pago de mi póliza. Entiendo y convengo que la compañía no está bajo obligación alguna de pagar un reclamo bajo la póliza solicitada a menos que mis beneficiarios le proporcionen a la compañía esta misma autorización en el caso de un reclamo. Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta aplicación sea tratada como una versión original para todo efecto. Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será admitida por StateTrust Life and Annuities, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Yo, entiendo y doy mi consentimiento para que la compañía obtenga muestras de sangre, orina, saliva u otras para pruebas y análisis de asegurabilidad. Estos exámenes serán realizados exclusivamente por laboratorios autorizados por la compañía. Alguna de las pruebas pueden incluir determinaciones para detectar la presencia de anticuerpos de VIH, evaluaciones para determinar riesgo de enfermedades cardíacas, conductos sanguíneos, desórdenes del hígado, riñones, diabetes, anticuerpos de hepatitis viral, PSA, desorden del sistema inmune, nicotina y abuso de drogas. También autorizo a que los resultados obtenidos en estas pruebas y análisis sean entregados a la compañía para la evaluación del riesgo de mi solicitud de seguro de vida y sean tratados de forma confidencial. En caso de resultados positivos, usted será contactado directamente.

Código AG	Firma AG	Fecha	Firma del Asegurado / Pensionado (si el Asegurado / Pensionado es menor de 8 años debe firmar el Padre/Madre o Representante Legal)	Fecha
- NO SE ACEPTAN PAGOS EN EFECTIVO - CHEQUES EN US DÓLARES A NOMBRE DE STATETRUST LIFE AND ANNUITIES	<div> <div>Huella Digital</div> <div>Pulgar Derecho</div> </div>			
	Asegurado		Firma del Propietario (si es diferente del Asegurado / Pensionado)	Fecha

16./ Datos de Contacto:

Nombre Asegurado:		Nombre Propietario:		Nombre Pensionado Designado:	
Dirección Residencial		Dirección Residencial		Dirección Residencial	
Ciudad / Estado / País / Código Postal		Ciudad / Estado / País / Código Postal		Ciudad / Estado / País / Código Postal	
Dirección Laboral		Dirección Laboral		Dirección Laboral	
Ciudad / Estado / País / Código Postal		Ciudad / Estado / País / Código Postal		Ciudad / Estado / País / Código Postal	
Teléfono Residencial	Celular	Teléfono Residencial	Celular	Teléfono Residencial	Celular
Teléfonos Laborales / Fax		Teléfonos Laborales / Fax		Teléfonos Laborales / Fax	
Correo Electrónico Personal		Correo Electrónico Personal		Correo Electrónico Personal	
Correo Electrónico Laboral		Correo Electrónico Laboral		Correo Electrónico Laboral	