

-					$\sim$	-1 15
-()	$\mathbf{R}^{\mathbf{N}}$		<b>IRIO</b>	1 ) <del>-</del>		 
	LAIVI	$\mathbf{U}$			JUL	 UL

Horizon	Axys
Eduplan	Scholar

1./ Datos del Asegurado P Primer Nombre Inicial de	ropuesto (Aseg.1): I Segundo Nombre	Primer Apellido	2./ Datos del Propie Primer Nombre		s diferente al Aseg Segundo Nombre	urado/Pensionado): Primer Apellido
·						
Fecha de Nacimiento Edad	Soltero	tado Civil Divorciado	Fecha de Nacimiento día mes año	Edad	Soltero Es	stado Civil Divorciado
/ /	☐Casado ☐Uni		/ / /		☐ Casado ☐ Un	
Sexo	Número de II	) Fumador	Sexo		Número de II	
Femenino Masculino	)	☐ Si ☐ No	Femenino M	asculino		☐ Si ☐ No
País de N	lacimiento / Residenci	а	País de Nacimiento / Re	esidencia	Parentesco con	el Asegurado Propuesto
Ocupación	Ingreso Anual	Ingreso Familiar Anual	Ocupación		Ingreso Anual	Ingreso Familiar Anua
Nombre de la Com	pañía A	ños / Meses en el Empleo	Nombre de	la Compañí	ía A	nnos / Meses en el Empleo
Natu	raleza del Negocio			Naturale	za del Negocio	
Та	reas que Realiza			Tareas	s que Realiza	
3./ Datos Pensionado Desi	ignado: (si desea desig	gnar un Pensionado diferente)	4./ Datos del Plan:			
	l Segundo Nombre	Primer Apellido	Frecuencia de	Pago	F	orma de Pago
			☐ Mensual ☐	Semestral	☐ T.C.	Cheque
Fecha de Nacimiento Edad		tado Civil	☐ Trimestral ☐	Anual	☐ Transfe	r. U Débito a cuenta
día mes año	Soltero	Divorciado	Clase	Serie		o de Contribución
Sexo	☐ Casado ☐ Un		Con Segur	ro Sin Seg	juro	Años
Femenino Masculir	Número de IE	Fumador Si No				
País de Nacimiento / Residencia			Período de Difer	imiento	Período	de Retiro / Estudio
rais de Nacimiento / Residencia	Parentesco con (	el Asegurado Propuesto	Ai	ños		Años
Ocupación	Ingreso Anual	Ingreso Familiar Anual	Edad al Retiro / I		Monto Espera	ado al Retiro / Estudio (
Nombre de la Com	pañía A	nos / Meses en el Empleo	Aŕ	ios		
Naturaloza del Negocio	Tares	as que Realiza	Monto Pagado con I	a Solicitud	Monto	Contribución Anual
Naturaleza del Negocio	Talea	as que Realiza			-	
Indicar si el Asegurado Propues	to, el Propietario y/o el	Asegurado Adicional, son	residentes y/o ciudadanos d	le alguno de	estos países:	
Asegurado Propuesto (Aseg	j. 1)	Propietario			Asegurado A	dicional (Aseg. 2)
Estados Unidos de Améric Islas Vírgenes Británicas (	,	=	os de América (USA) s Británicas (IVB)		=	Inidos de América (USA) enes Británicas (IVB)
6./ Asegurado Propuesto-		ncipales (familiares):	7./ Asegurado Adici			ncipales (familiares):
	cha de Nacimiento a / mes / año	Parentesco %	Nombre Beneficiario		de Nacimiento mes / año	Parentesco %
	Beneficiarios Con cha de Nacimiento (a / mes / año	tingentes (familiares): Parentesco %	Asegurado Adicio  Nombre Beneficiario	Fecha o	ficiarios Cont de Nacimiento mes / año	ingentes (familiares): Parentesco %

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

Solicitud en proceso

Ninguno

Póliza de vida vigente

Peso Altura	Tipo de S	Sangre			Si	N
Kgms. Mtrs. Pies	A B AB	1		15 ¿Ha sido usted paciente o le han aconsejado internarse en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico, tratamiento u operación?		
l ¿Ha usted aumentado o disminuid	lo más de 10 Lbs	Si	No	16 ¿Ha tenido una enfermedad, condición u otro desorden o defecto físico no mencionado anteriormente?		
(5 Kgrms) de peso en el último año?				17 Indique si usted ha sufrido en los últimos 10 años o se le ha		
<ul> <li>¿Hay algún antecedente de enferm tuberculosis, epilepsia, suicidio o diabe</li> </ul>				tratado o se le ha aconsejado recibir tratamiento para:		
3 ¿Existe alguna historia médica de enferme en su familia?				<ul> <li>a Enfermedades mentales, convulsiones, mareos, epilepsia o cualquier otra enfermedad que afecte el sistema nervioso, desvanecimiento, dolores de cabeza crónicos o desordenes psicológicos.</li> </ul>		
4 ¿Ha fallecido algún miembro de su fam resultado de cáncer, enfermedades d corazón, diabetes o alta presión arterial 65 años?	le los riñones o del l antes de la edad de			<ul> <li>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.</li> </ul>		
¿Está usted actualmente tomando medici médica o está usted bajo tratamiento p alcohol?				c Neuritis, artritis o cualquier enfermedad, desorden en los músculos, huesos, columna vertebral, espalda o articulaciones.		
6 ¿Está tomando usted actualmente algú	ún medicamento?			18 ¿Se ha medido la presión arterial en los últimos 2 años?		
7 ¿Ha sido usted sometido a cirugía o se ello durante los últimos 10 años?	e le ha aconsejado a			(Aseg 1) Sistólica Diastólica		
8 ¿Ha sido usted sometido a un exám	en físico o ha sido			(Aseg 2) Sistólica Diastólica		
examinado por un médico en los último	os 10 años?			19 ¿Se ha medido el azúcar en la sangre en los últimos 2 años?		
<ol> <li>¿Se le han hecho radiografías, elec exámenes de sangre en los último</li> </ol>	s 10 años ó tiene			Resultado (1) (2)		
resultados de algún exámen pendiente				20 ¿Se ha sometido a una colonoscopia y/o endoscopia?		
10 ¿Ha tenido usted un tumor o enfermeda últimos 10 años?	ades sexuales en los			21 ¿Ha sido usted rechazado, diferido o aceptado con una prima		
11 ¿Está usted total o parcialmente incapa usted ausente de su trabajo por 10 ó m				adicional o bajo términos especiales de cobertura para una cobertura de seguros de vida, incapacidad o de salud?		
de salud?	and the formula			SOLO PARA MUJERES		
12 ¿Ha usado usted alguna vez nicotina e 13 ¿Durante los últimos 10 años ha us	·			22 ¿Está usted embarazada?		
morfina, otros narcóticos, marihuana, co				23 ¿Se ha hecho una prueba de Papanicolau?		
anfetaminas o drogas alucinógenas?  14 ¿Ha sido diagnósticado por un médico	o do topor o bo oido			24 ¿Se ha hecho una mamografía?		
tratado para Síndrome de Inmunode (SIDA)?				SOLO PARA HOMBRES  25 ¿Se ha hecho usted un exámen rectal o de próstata?		
Detallar a continuación toda la	información del Aseg	gurado so	bre cualq	uier pregunta respondida afirmativamente en la Sección 8 de esta S	Solicitud	
segurado Pregunta Fecha	Diagnó	stico / Tra	atamiento	/ Resultado Nombre y Dirección del Médico/Institu	ıción Ho	spit
Médico Nombre	Principal			Última Visita Fecha		
Teléfono				Razón		
Dirección				Resultados		

9./ Cuestionario Adicional:					
	Si	No		Si	No
¿Viaja usted en aviones privados diferentes de líneas aéreas comerciales?     (utilizar cuestionario especial de aviación)			8 ¿Usa UD. algún transporte personal diferente de un automóvil? Indique tipo:		
En caso afirmativo viaja usted como:					
Tripulación Pasajero Frecuencia			9 ¿Ha sido usted investigado, enjuiciado, condenado o convicto por algún delito?		
2 ¿Tiene usted licencia de piloto? (en caso afirmativo utilizar cuestionario especial de aviación)			10 ¿Ha sido usted secuestrado o ha sido víctima de algún atentado		
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 el pasado?		
en acantilados, alpinismo, submarinismo, salto en correa elástica o cualquier deporte similar?  (en caso afirmativo utilizar cuestionario de deportes peligrosos)			Dispone de los servicios de "Guardaespaldas", o cualquier servicio de seguridad personal?     (en caso afirmativo utilizar cuestionario de personas protegidas)		
4 ¿Practica usted algún deporte? Si la respuesta es afirmativa, indique:			12 ¿Tiene usted algún pasatiempo? Si la respuesta es afirmativa, indique:		
Tipo Frecuencia			Tipo		
5 ¿Usa usted arma de fuego?  (en caso afirmativo utilizar cuestionario de cacería y tiro)			Tipo  13 ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Si la respuesta es afirmativa, indique:		
6 ¿Maneja productos explosivos, radioactivos, tóxicos o químicos? Explique:			Tipo Frecuencia		
			Tipo Frecuencia		
7¿Requiere su ocupación viajar, destinos y frecuencia?			14 ¿Fuma usted? Si la respuesta es afirmativa, indique:		
			Tipo Frecuencia		
10./ Completar si alguno de los asegurados es men-	or de	18 añ	s:		
1 ¿Están todos los hermanos igualmente asegurados?	i [	No	2 ¿Tienen seguro de vida los padres / guardianes? ☐ Si		No
11./ Seguros Adicionales:					
1 ¿Tiene usted algún seguro de vida vigente?	i	No	2 ¿Tiene usted solicitudes de seguros de vida pendientes con otra compañía actualmente?		No
Detallar a continuación por Asegurado toda la informa  Asegurado Pregunta Nombre de la Compañía de Se			ier pregunta respondida afirmativamente en la Sección 12 de esta Solicitud  Fecha Efectiva Cantidad Asegurada / Monto de	Retiro	)
The square of th	<b>5</b>				
12./ Para ser respondido por el Asesor:					
1 ¿Hace cuánto tiempo y que tan bien conoce usted al Solicitan	ite?		6 Tiene o ha tenido alguno de los Solicitantes:		
			a Cargo Político / Elección Popular Si	No	
2 Si usted es familiar o tiene algún parentesco con el Solicitanto	e por fa	avor indi	uelo:  Detalle		_
3 Si el Solicitante tiene alguna relación con alguna persona en l	a cade	na de ag	Años de Permanencia		
por favor indiquelo:			b Cargo Militar Si   Detalle	No	• <u> </u>
4 Según su conocimiento, declare el Ingreso Familiar Anual del	Solicit	tante:	Años de Permanencia		
5 Objetivo Principal: Describa que motivó al cliente a tomar este	e Plan		c Función Gubernamental / Cargos Públicos Si	No	
Personal Negocio			Años de Permanencia		
Ahorro Persona Clave					
☐ Planificación Hereditaria ☐ Protección Contra De	udas		Comentarios Adicionales:		
Retiro / Jubilación Compañía Anónima					
Protección Familiar Sociedad					

## 13./ Opciones de Inversión: (Sólo seleccione una de las dos alternativas presentadas 1 ó 2)

1 Perfiles Pre-establecidos - Distribución	automática de Activos
Por favor marque el Perfil del Plan como aparece en su	Ilustración:
Ochon Garantía  Riesgo  Crecimiento  Crecimiento  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

2 -	Dorfil	Dorso	nalizad	_

Adjunte la planilla "Designación y Cambios de Perfiles de Inversión"

- a. Puede escoger hasta un máximo de 10 índices / fondos para el Plan.
- b. Unicamente seleccione índices / fondos de la tabla que le corresponda según el Plan y la moneda escogida.

(\*) Importante: Las inversiones no están garantizadas y pueden sufrir altas y bajas debido a fluctuaciones en los mercados de capitales. Statetrust Life and Annuities, Ltd. no está en capacidad de predecir el rendimiento futuro de las inversiones. El desempeño en el pasado no garantiza el desempeño futuro (es posible que existan pérdidas de capital). Las inversiones son principalmente en fondos mutuales o índices de mercado ("ETF") de los principales mercados del mundo, entre los cuales pueden haber fondos mutuales manejados por empresas filiales o relacionadas de StateTrust Life and Annuities, Ltd. y Ud. debe recibir y leer con detenimiento el prospecto de cada fondo o índice donde los aportes netos después de gastos del Plan/Póliza estén siendo invertidos.

## 14./ Declaración del Asegurado:

Yo, nombre asegurado , declaro que las respuestas y declaraciones en esta solicitud consistentes en todas sus partes, y cualesquiera reformas, son ciertas, completas y han sido correctamente anotadas. También declaro que todos los formularios, declaraciones por escrito, correos electrónicos y cualquier comunicación escrita con información referente a mí, a mi salud, a mi información crediticia y financiera provistos por profesionales de la medicina, instituciones médicas y financieras e instituciones y clubes de actividades y deportes, formarán parte integral de esta solicitud de seguro y una vez emitida la póliza o plan, formarán parte integral del contrato. Reconozco que la compañía confiará en esta información para emitir una póliza o plan. Entiendo que si cualesquiera respuestas y/o declaraciones son falsas o se han anotado incompletas, cualquier póliza o plan emitida pudiere ser nula. Convengo en que cualquier póliza o plan basada en esta solicitud no entrará en efecto a menos y hasta que: a) la póliza o plan sea emitida durante la vida del asegurado propuesto y b) la compañía haya recibido la prima completa durante la vida del asegurado propuesto. Entiendo que ningún asesor ni corredor está autorizado para aceptar riesgos o transferir la asegurabilidad, para hacer o modificar contratos o para dispensar ninguno de los derechos o requerimientos de la compañía. Entiendo que ninguna dispensa ni modificación será vinculante para la compañía a menos que sea por escrito y firmada por el presidente.

Hago constar que bajo protesta de decir verdad, me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las condiciones que se describen en la presente solicitud y me he informado que tanto los datos presentados en ésta, como los requisitos médicos que StateTrust Life and Annuities considere necesarios forman parte de la misma.

## 15./ Autorización del Asegurado:

Autorizo a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital o instalación relacionada con la medicina, compañía de seguros, institución financiera, la Oficina de Información Médica ("MIB"), o cualquier otra institución o persona que tenga cualesquiera registros de conocimientos míos, de mi salud, de mi información crediticia y financiera para que provea dicha información a StateTrust Life and Annuities o a sus reaseguradores, si deciden solicitar dicha información para determinar la elegibilidad para el seguro, al momento de someter esta solicitud, durante la vigencia de la póliza o plan y al término de la misma por motivos de fallecimiento del asegurado y/o vida asegurada, mientras se efectúe el procesamiento del reclamo y relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso. Entiendo que la información obtenida sólo se proporcionará a StateTrust Life and Annuities, reaseguradores, al MIB, a personas que desempeñen servicios en relación con mi solicitud o reclamo o según se exija legalmente. Convengo en que esta autorización será válida desde el sometimiento de esta solicitud, durante la vigencia de la póliza o plan y al término de la misma por motivos de fallecimiento del asegurado y/o vida asegurada, mientras se efectúe el procesamiento del reclamo, también convengo que una fotocopia de la misma es tan válida como el original y que yo pudiera solicitar una copia de esta autorización.

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	Fecha
		Huella Digital	(si el Asegurado / Pensionado es menor de 8 años debe firmar el Padre/Madre	e o Representante Legal
		Pulgar Derecho		
- NO SE ACE	PTAN PAGOS EN EFECTIVO -			
CHEQ	UES EN US DÓLARES			
	A NOMBRE DE		Firma del Propietario (si es diferente del Asegurado / Pensionado)	Fecha
STATETR	UST LIFE AND ANNUITIES	Asegurado		

## 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