



Número de póliza	
Nombre del Asegurado	
Teléfono	Dirección
Profesión u ocupación Actual	
Nombre de la Compañía	
Deberes	Ingreso anual

**Desde la fecha de emisión de la póliza en referencia, el asegurado**

a. ¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Esta usted Actualmente recibiendo tratamiento o consejo médico, o está bajo cuidado o supervisión médica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c. ¿Practica o piensa practicar 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? (Si fuera afirmativo, adjunte cuestionario suplementario)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d. ¿Ha estado involucrado en un accidente de carro, declarado culpable de manejar bajo la influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tránsito? En caso afirmativo favor detallar.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<div></div> <div></div>		
e. ¿Fuma, ha fumado o consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, favor indicar el consumo diario de tabaco, y el consumo semanal de alcohol. En caso de haber dejado a fumar, favor indicar cuándo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<div></div> <div></div>		
f. ¿Ha padecido de alguna enfermedad cuya duración o tratamiento haya excedido 14 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g. ¿Ha tenido usted solicitudes de seguro de vida, gastos médicos o de enfermedades críticas que hayan sido declinadas o aceptadas bajo condiciones especiales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h. ¿Participa o piensa participar en actividades de aviación en calidad de piloto o miembro de la tripulación? (En caso afirmativo debe completar el cuestionario de Aviación)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
i. ¿Ha padecido Ud. de enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B o C, infección del virus VIH o SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
j. ¿Usa sustancias narcóticas u otras sustancias controladas prescritas o no por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
k. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo:    Aumento <input type="radio"/> Pérdida <input type="radio"/>		



Suministre detalles sobre cualquier respuesta afirmativa.

Pregunta No.	Nombre Enfermedad / Síntoma / Herida / etc.	Fecha / Duración	Tratamiento / Medicamento	Nombre y Dirección del Hospital / Clínica / No. Paciente

### Autorizaciones y Firmas

Certifico y doy fe que los datos suministrados y contenidos en el presente formulario son verdaderos, correctos y actualizados, y autorizo a que los mismos formen parte del contrato-póliza. Declaro bajo la fe del juramento que no he omitido ninguna información requerida explícita o implícitamente en este formulario y que en caso de declaración o representación falsa, fraude u omisión, WORLDWIDE se reserva el derecho de declinar cualquier cobertura por condición preexistente o de rechazar la solicitud de rehabilitación, sin menoscabo de cualesquiera otros remedios aplicables de acuerdo a los términos y condiciones del plan contratado.

Autorizo a WORLDWIDE a requerir y obtener todas las pruebas adicionales de asegurabilidad que fueren necesarias a discreción de WORLDWIDE. Reconozco que la suscripción de la presente solicitud no constituye la rehabilitación de dicha póliza y que la misma sólo podrá ser rehabilitada si el Contratante: a) suministra pruebas de que el Contratante y cualesquiera otras personas cubiertas cumplen con los requisitos de WORLDWIDE de asegurabilidad; y b) paga a WORLDWIDE todas las primas adeudadas y no pagadas, con los intereses aplicables, así como el importe del costo de la rehabilitación que se fije para este efecto. El Contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que WORLDWIDE comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente

Firmado en (Ciudad y País) Fecha

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

Nombre del Contratante  
(si no fuera el Asegurado)

Firma del Contratante  
(si no fuera el Asegurado)

Testigo