



Pág. 1 de 2

Número de Póliza											Monto de Beneficio										
Nombre																					
Cédula/Pasaporte											Fecha de Nacimiento	d	d	m	m	a	a	a	a		
Dirección																					
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	Fecha del Siniestro	d	d	m	m	a	a	a	a										
Causa del Siniestro																					
Empleador											Última fecha que trabajó	d	d	m	m	a	a	a	a		
Ocupación																					

Nombre																								
Dirección																								
Teléfono							Fecha de Nacimiento	d	d	m	m	a	a	a	a	Relación con el Asegurado								
Usted está reclamando este seguro como		Asegurado		Beneficiario		Albacea		Tutor		Otro														

Beneficio Básico por Fallecimiento	Beneficio en caso de Muerte Accidental y Desmembramiento
Beneficio de Cobertura de Invalidez Total y Permanente	Beneficio de Cobertura de Enfermedades Graves
Beneficio de Exoneración de Pago de Prima por Incapacidad	

Nombre y domicilio de todos los médicos, hospitales o instituciones que trataron al Asegurado durante los últimos cinco años.

Fecha en la que el Asegurado visitó a un doctor por primera vez por su última condición médica

[illegible]

Accidentes (completar sólo si el siniestro fue resultado de un accidente)

¿Dónde ocurrió el accidente?

Fecha del accidente ¿Ocurrió el accidente durante el curso de trabajo? ☐ Sí ☐ No

Declaración y descargo de información

Declaro bajo la fe de juramento que los datos suministrados anteriormente y contenidos en este formulario son verdaderos, correctos y actualizado. No he omitido ninguna información requerida explícita o implícitamente en este formulario.

Reconozco que el haber completado y firmado el presente cuestionario no supone la aceptación por parte de WorldWide, hasta tanto la Aseguradora realice la debida evaluación y aprobación del mismo

El solicitante acepta y autoriza con la firma del presente formulario, a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra facilidad, agencia gubernamental u otra persona médicamente durante la vigencia del contrato, a proveer a la Aseguradora con la presentación del original o fotocopia de este formulario, toda información médica, incluyendo registros respecto a consejos, cuidado o tratamiento proporcionados al asegurado, sin limitación de información relacionada incluyendo enfermedades mentales o uso de drogas o alcohol.

Firma

Fecha de firma

Dirección

País

**Adjuntos a este formulario deben enviarse todos los requisitos solicitados en las cláusulas del contrato póliza y de los endosos de inclusión de beneficios, de acuerdo con el beneficio que se está reclamando.*

WFORM-WWM-OPE-SUS-19