

#### Solicitud de Seguro de Vida

Pág. 1 de 7

Información del Propuesto Asegurado						
Primer Nombre	Segundo Nombre					
Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada						
Fecha de nacimiento d   d   m   m   a   a   a   a   Sexo F	M Nacionalidad					
Estado Civil Cédula/Pasaporte						
Edad Peso Lbs/Kgs Estatura Pies.	/Mts. País de Residencia					
Dirección	Ciudad/Provincia					
Tel. Residencia Tel. Celular	Sector					
Correo electrónico	Tel. Oficina					
Propósito del Seguro						
Si el Propuesto Asegurado es menor de 21 años, ¿cuántos seguros t	iene cada uno de los padres y cada hermano y hermana?					
Empleador						
Empresa donde labora	Ocupación					
Actividad Económica de la empresa	Años de empleo en la compañía					
Deberes (Favor de dar detalles)	y unos de empres em d'estripand					
Dirección						
Contratante (completar sólo si no fuese el asegurado)						
Primer Nombre	Segundo Nombre					
Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada						
Nombre de la empresa	RNC					
Notas: Favor completar Formularío KYC (Persona Jurídica)						
Pagador (completar sólo si no fuese el contratante)						
Nombre o razón social	Representante legal					
Datos del representante legal						
Notas: Si no fuese el contratante, favor completar Formularío KYC (Persona Física)						



#### Solicitud de Seguro de Vida

Pág. 2 de 7

Persona	nolíticam	ente c	vnuesta
rei sulla	politicali	וכוונכ כ	chpuesta

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 consanguineidad y segundo de afinidad.

grado de consanguineidad y segundo de afin	idad.			
¿Es Usted una Persona Políticamente Expu En caso afirmativo, cargo actual o anterior		Sí No		
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\$
El origen de los fondos para pago de la pó	liza, ¿de dónde provienen?			
Monto correspondiente al Propuesto Ase	gurado:		Indicar tipo de moneda	
Valor Neto aproximado de Patrimonio		Ingreso Deve	ngado	
Ingreso No Devengado	Ocu	pación en los últimos 5	años	
Información pertinente al plan				
Tipo de Plan WWTERM WW	TERM VALUE WW SN	MART SAVINGS Años		
COBERTURAS SUMA AS	EGURADA Mod	alidad de Pago		
Vida Básica \$	A	nual Semestra	l Trimestral	Mensual
Beneficio de devolución de Prima \$		hasus		
Beneficio por muerte accidental \$		heque T.C.		
Beneficio por enfermedad grave \$	PRIMA TO	TAL \$		
Designación de los Beneficiario(s) Prim	ario(s)			
Designación de los Beneficiario(s) Prim  Nombres y Apellidos	Documente	Nacionalidad	Ocupación Pa	arentesco %
	Documento	Nacionalidad	Ocupación Pa	arentesco %
	Documento	Nacionalidad	Ocupación Pa	arentesco %
	Documento	Nacionalidad	Ocupación Pa	arentesco %
	Documento de Identidad			arentesco %



# Solicitud de Seguro de Vida Pág. 3 de 7

Beneficiario(s) Contingente(s)						
Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Ocupación	Parentesco	%	
Si a mi fallecimiento alguno de mis Bene	eficiarios Contingentes es m Parenteso		correspondiente será entreg Cédula/Pasaporte	gado a		
1.a. ¿La persona propuesta para segu seguro de vida o anualidad con esta					Sí	No
Nombre de la compañía	Monto del seguro	Dirección	No. de C Póliza	Cantidad ADB	Fecha de Solicitud	
1.b. ¿Tiene la persona propuesta par estas coberturas? (Si es afirmativo, lis		emplazar, descontinuar c	o cambiar alguna de		Sí	No
Nombre de la compañía	Monto del seguro	Dirección	No. de C Póliza	Cantidad ADB	Fecha de Solicitud	
Información general						
1. Alguna vez el Propuesto Asegurac a. ¿Ha fumado cigarrillos, cigarros, pi incluyendo olido, sumergido, mastica En caso afirmativo, favor indicar cual	pas o utilizado productos ado, parches de nicotina, c	hicle u otros sustitutos e			Sí	No
Cigarrillos Tabaco	Parche o chicle de Nicot	ina Otro		Cantidad		
b. ¿Consume bebidas alcohólicas?	Sí No					
En caso afirmativo favor indicar la ca	ntidad que toma y con qu	é frecuencia				
c. Piensa viajar fuera de su país?	Sí No					
En caso afirmativo, favor detallar						
d. ¿Ha recibido tratamiento o se ha u De ser así, ¿cuándo?	ınido a una organización p	or motivo de dependenc	cia o abuso del alcohol?		Sí	No
e. Ha sido arrestado por el uso, pose o indirecta con marihuana, narcótico En caso afirmativo, favor detallar		-			Sí	No
Li Caso alli Hativo, lavor detallar						



# Solicitud de Seguro de Vida Pág. 4 de 7

f. ¿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
2. 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 a continuación)	Sí	No
3. Favor de proporcionar detalle de su cobertura de enfermedades críticas, si la tiene.	Sí	No
4. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad?	Sí	No
5. 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 cuál y complete el cuestionario correspondiente		
En caso afirmativo especifique cuál y complete el cuestionario correspondiente  Historial Médico		
Historial Médico	Sí	No
Historial Médico  1. El Propuesto Asegurado ha sido alguna vez tratado, ha tenido alguna señal o síntoma o se le ha dicho que tiene:  a. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataque cardiaco,	Sí Sí	No No
Historial Médico  1. El Propuesto Asegurado ha sido alguna vez tratado, ha tenido alguna señal o síntoma o se le ha dicho que tiene:  a. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataque cardiaco, aneurismas u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?  b. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o	Sí Sí	
Historial Médico  1. El Propuesto Asegurado ha sido alguna vez tratado, ha tenido alguna señal o síntoma o se le ha dicho que tiene:  a. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataque cardiaco, aneurismas u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?  b. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?  c. ¿Mareos, desmayos, epilepsia, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno	Sí	No
Historial Médico  1. El Propuesto Asegurado ha sido alguna vez tratado, ha tenido alguna señal o síntoma o se le ha dicho que tiene:  a. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataque cardiaco, aneurismas u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?  b. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?  c. ¿Mareos, desmayos, epilepsia, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?  d. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente	Sí	No No
Historial Médico  1. El Propuesto Asegurado ha sido alguna vez tratado, ha tenido alguna señal o síntoma o se le ha dicho que tiene:  a. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataque cardiaco, aneurismas u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?  b. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?  c. ¿Mareos, desmayos, epilepsia, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?  d. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestino, hígado, hepatitis B o C y vesícula biliar?	Sí Sí	No No No
Historial Médico  1. El Propuesto Asegurado ha sido alguna vez tratado, ha tenido alguna señal o síntoma o se le ha dicho que tiene:  a. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataque cardiaco, aneurismas u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?  b. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?  c. ¿Mareos, desmayos, epilepsia, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?  d. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestino, hígado, hepatitis B o C y vesícula biliar?  e. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?  f. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral,	Sí Sí Sí	No No No



## Solicitud de Seguro de Vida Pág. 5 de 7

i. ¿Cualquier problema de los ojos, oídos, nariz o garganta?	S	í	No
j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?	S	í	No
k. ¿Ha tenido alguna deformidad, enfermedad o defecto congénito?	S	í	No
2. Aparte de lo que se indica anteriormente, el Propuesto Asegurado, en los últimos 10 años:			
l. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión o procedimientos médicos ambulatorios o intrahospitalarios?	S	í	No
m. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?	S	í	No
n. ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otras pruebas especializadas?	S	í	No
o. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?	S	í	No
3. ¿Ha tomado el Propuesto Asegurado en los últimos 12 meses algún medicamento prescrito, o ha recibido tratamiento que haya excedido 14 días?	S	í	No
4. ¿Tiene provisto a obtener tratamiento y opinión médica en los próximos 6 meses?	S	í	No
5. ¿Ha tenido resultado positivos por haber sido expuesto a la infección del VIH o ha sido diagnosticado con el complejo relacionado con el SIDA por causa de infección VIH u otra enfermedad o condición derivada de dicha infección?	S	í	No
6. ¿Existe un historial de muertes por enfermedad coronaria arterial, 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 10.)	S	í	No
7. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses? En caso de afirmativo:	S	í	No
Aumento Pérdida			
Favor proveer detalles a continuación			
8. Para mujer solamente.	S	í	No
a. ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?	S	í	No
b. ¿Está usted embarazada? ¿Cuántas semanas tiene de embarazo?	S	í	No
Semanas  9. Liste los nombres y direcciones de los médicos que usted ha consultado recientemente por cualquier razón y el médico de c	aher	ora ci	
fuera diferente.	abec	cı a, SI	



#### Solicitud de Seguro de Vida

Pág. 6 de 7

10. Favor suministre detalles sobre cualquier respuesta afirmativa a las Preguntas 1 (a-k), 2 (l-o) ,3, 4,5,6, 8. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

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

#### **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 informaación 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



## Solicitud de Seguro de Vida Pág. 7 de 7

Reporte del agente							
1. ¿Qué tan bien conoce	e al Propuesto Aseg	urado?					
Familia, por favor l	iste parentesco						
Amigo lo	conoce bien	росо	por ar̂	os			
Cliente por	años						
¿Lo acaba de cono	cer? ¿Cómo?						
2. ¿Obtuvo las respuesta	as personalmente c	lel Propuesto A	segurado?				
Sí No							
3. ¿El propietario mostro	ó un documento de	identificación o	con foto emitid	o por el Gobierno?			
Sí No							
Lugar (Ciudad y país)					Fed	ha: d d m	
Nombre del agente							

Firma del agente