



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	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nacionalidad			
Estado Civil		Cédula/Pasaporte	
Edad		Peso	
Lbs/Kgs		Estatura	
Pies/Mts.		Ingreso Anual	
Moneda			
País de Residencia		Ciudad/Provincia	
Dirección de Residencia			
Sector			
Tel. Residencia		Tel. Celular	
Tel. Oficina			
Correo electrónico			

Empleador

Nombre de la compañía		Ocupación	
Actividad Económica de la empresa		Años de empleo en la compañía	
Deberes (Favor de dar detalles)			
Dirección			

Contratante (completar sólo si no fuese el asegurado)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada			
Fecha de nacimiento	d d m m a a a a	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nacionalidad			
Cédula/Pasaporte		Estado Civil	
País de Residencia		Dirección de Residencia	
Ciudad/Provincia		Sector	
Tel. Residencia		Tel. Celular	
Tel. Oficina			
Fax		Correo electrónico	
Empresa donde labora		Ocupación/Cargo	
Dirección		RNC	
Nombre o razón social		Representante legal	
Datos del representante legal			



Actividad Económica de la Empresa Sector

Ciudad País

Parentesco con el asegurado

Propósito del Seguro

Pagador (completar sólo si no fuese el contratante)

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

Cédula/Pasaporte

Estado Civil País de Residencia

Ciudad/Provincia Dirección de Residencia

Sector

Tel. Residencia Tel. Celular Tel. Oficina

Fax Correo electrónico

Empresa donde labora Ocupación/Cargo

Dirección

Actividad Económica de la Empresa Sector

Ciudad País

Parentesco con el asegurado

Propósito del Seguro RNC

Nombre o razón social Representante legal

Datos del representante legal

Persona políticamente expuesta

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 consanguinidad y segundo de afinidad.

¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta?

En caso afirmativo, cargo actual o anterior y tiempo en el cargo

☐ Sí ☐ No

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



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\$

Origen de los fondos para pago de la póliza, ¿de dónde provienen?

Información pertinente al plan

Tipo de Plan ☐ WWTERM ☐ WW SURVIVOR ☐ WWTERM VALUE Años

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	PRIMA
Vida Básica	\$	\$
Supervivencia	\$	\$
Beneficio por muerte accidental	\$	\$
Beneficio por enfermedad grave	\$	\$

Estándar Nicotina ☐ Sí ☐ No

PRIMA TOTAL

Información pertinente al pago de la prima

☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Cheque ☐ T.C.

Designación de los Beneficiario(s) Primario(s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Ocupación	Parentesco	%

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Primarios es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

Parentesco Cédula/Pasaporte

Beneficiario(s) Contingente(s)

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Nacionalidad	Ocupación	Parentesco	%

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Contingentes es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

Parentesco Cédula/Pasaporte



1.a. ¿La persona propuesta para seguro tiene alguna cobertura existente, o alguna solicitud pendiente para seguro de vida o anualidad con esta compañía o cualquier otra? (Si es afirmativo, por favor liste a continuación)

☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía	Monto del seguro	Dirección	No. de Póliza	Cantidad ADB	Fecha de Solicitud

1.b. ¿Tiene la persona propuesta para seguro la intención de remplazar, discontinuar o cambiar alguna de estas coberturas? (Si es afirmativo, liste a continuación)

☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía	Monto del seguro	Dirección	No. de Póliza	Cantidad ADB	Fecha de Solicitud

Información general

1. Alguna vez el Propuesto Asegurado:

a. ¿Ha fumado cigarrillos, cigarros, pipas o utilizado productos de tabaco o nicotina en cualquier forma, incluyendo olido, sumergido, masticado, parches de nicotina, chicle u otros sustitutos en los últimos 24 meses?
En caso afirmativo, favor indicar cual producto y que cantidad.

☐ Sí ☐ No

<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> Pipa	<input type="checkbox"/> Parche o chicle de Nicotina	
<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Mastica tabaco	<input type="checkbox"/> Otro	Cantidad

b. ¿Consumo bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo favor indicar la cantidad que toma y con qué frecuencia

c. Piensa viajar fuera de su país? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, favor detallar

d. ¿Ha recibido tratamiento o se ha unido a una organización por motivo de dependencia o abuso del alcohol? ☐ Sí ☐ No

De ser así, ¿cuándo?

e. Ha sido arrestado por el uso, posesión, venta, distribución o cualquier acto delictivo relacionado de manera directa o indirecta con marihuana, narcóticos, sustancias alucinógenas o que alteren la mente no prescritas por un médico? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, favor detallar



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

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?

☐ Sí ☐ No

b. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?

☐ Sí ☐ No

c. ¿Mareos, desmayos, epilepsia, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?

☐ Sí ☐ No

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 ☐ No

e. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?

☐ Sí ☐ No

f. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, ¿la espalda y las articulaciones?

☐ Sí ☐ No

g. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor, cáncer, sudores nocturnos, fatiga o fiebre sin explicación?

☐ Sí ☐ No



h. ¿Albúmina, azúcar, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos renales u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?

☐ Sí ☐ No

i. ¿Cualquier problema de los ojos, oídos, nariz o garganta?

☐ Sí ☐ No

j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?

☐ Sí ☐ No

k. ¿Ha tenido alguna deformidad, enfermedad o defecto congénito?

☐ Sí ☐ 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?

☐ Sí ☐ No

m. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?

☐ Sí ☐ No

n. ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otras pruebas especializadas?

☐ Sí ☐ No

o. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?

☐ Sí ☐ No

3. ¿Ha tomado el Propuesto Asegurado en los últimos 12 meses algún medicamento prescrito, o ha recibido tratamiento que haya excedido 14 días?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Tiene previsto a obtener tratamiento y opinión médica en los próximos 6 meses?

☐ Sí ☐ 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?

☐ Sí ☐ 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.)

☐ Sí ☐ No

7. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses?

☐ Sí ☐ No

En caso de afirmativo:

☐ Aumento ☐ Pérdida

Favor proveer detalles a continuación

8. Para mujer solamente.

☐ Sí ☐ No

a. ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?

☐ Sí ☐ No

b. ¿Está usted embarazada?

☐ Sí ☐ No

¿Cuántas semanas tiene de embarazo?

Semanas

9. Liste los nombres y direcciones de los médicos que usted ha consultado recientemente por cualquier razón y el médico de cabecera, si fuera diferente.



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 información 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



Reporte del agente

1. ¿Qué tan bien conoce al Propuesto Asegurado?

☐ Familia, por favor liste parentesco

☐ Amigo ☐ lo conoce bien ☐ poco por años

☐ Cliente por años

☐ ¿Lo acaba de conocer? ¿Cómo?

1. ¿Cuál es el propósito de este seguro?

2. Si el Propuesto Asegurado es casado, ¿cuál es el nombre del cónyuge y cuántos seguros tiene el cónyuge?

3. Si el Propuesto Asegurado es menor de 21 años, ¿cuántos seguros tiene cada uno de los padres y cada hermano y hermana?

4. ¿Cuál es el monto correspondiente al Propuesto Asegurado

Valor Neto aproximado de Patrimonio

Ingreso Devengado

Ingreso No Devengado

Ocupación en los últimos 5 años

5. ¿Obtuvo las respuestas personalmente del Propuesto Asegurado?

☐ Sí ☐ No

6. El propietario me mostró un documento de identificación con foto emitido por el Gobierno.

Tipo de ID

ID emitido por

Fecha de Emisión

Fecha de Expiración

Lugar (Ciudad y país)

Fecha:

Nombre del agente

Firma del agente