



1./ Datos del Asegurado Propuesto (Aseg.1):

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido		
Fecha de Nacimiento día / mes / año		Edad	Estado Civil	
<input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> Divorciado		
<input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Viudo	
Sexo		Número de ID	Fumador	
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
País de Nacimiento / Residencia				
Ocupación	Ingreso Anual	Ingreso Familiar Anual		
Nombre de la Compañía		Años / Meses en el Empleo		
Naturaleza del Negocio				
Tareas que Realiza				

3./ Datos Pensionado Designado: (si desea designar un Pensionado diferente)

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido		
Fecha de Nacimiento día / mes / año		Edad	Estado Civil	
<input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> Divorciado		
<input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Viudo	
Sexo		Número de ID	Fumador	
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
País de Nacimiento / Residencia		Parentesco con el Asegurado Propuesto		
Ocupación	Ingreso Anual	Ingreso Familiar Anual		
Nombre de la Compañía		Años / Meses en el Empleo		
Naturaleza del Negocio				
Tareas que Realiza				

2./ Datos del Propietario (si es diferente al Asegurado/Pensionado):

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido		
Fecha de Nacimiento día / mes / año		Edad	Estado Civil	
<input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> Divorciado		
<input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Viudo	
Sexo		Número de ID	Fumador	
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
País de Nacimiento / Residencia			Parentesco con el Asegurado Propuesto	
Ocupación	Ingreso Anual	Ingreso Familiar Anual		
Nombre de la Compañía			Años / Meses en el Empleo	
Naturaleza del Negocio				
Tareas que Realiza				

4./ Datos del Plan:

Frecuencia de Pago		Forma de Pago	
<input type="checkbox"/> Mensual		<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> T.C.
<input type="checkbox"/> Trimestral		<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Cheque
<input type="checkbox"/> Transfer.		<input type="checkbox"/> Débito a cuenta	
Clase	Serie	Período de Contribución	
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Con Seguro	<input type="checkbox"/> Sin Seguro	<input type="checkbox"/> Años
<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Período de Diferimiento		Período de Retiro / Estudio	
<input type="checkbox"/> Años		<input type="checkbox"/> Años	
Edad al Retiro / Estudio		Monto Esperado al Retiro / Estudio (*)	
<input type="checkbox"/> Años		<input type="checkbox"/>	
Monto Pagado con la Solicitud		Monto Contribución Anual	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Indicar si el Asegurado Propuesto, el Propietario y/o el Asegurado Adicional, son residentes y/o ciudadanos de alguno de estos países:

Asegurado Propuesto (Aseg. 1)

Propietario

Asegurado Adicional (Aseg. 2)

Estados Unidos de América (USA)

Estados Unidos de América (USA)

Estados Unidos de América (USA)

Islas Vírgenes Británicas (IVB)

Islas Vírgenes Británicas (IVB)

Islas Vírgenes Británicas (IVB)

6./ Asegurado Propuesto-Beneficiarios Principales (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento día / mes / año	Parentesco	%
/ /	/ /		
/ /	/ /		
/ /	/ /		
/ /	/ /		

7./ Asegurado Adicional-Beneficiarios Principales (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento día / mes / año	Parentesco	%
/ /	/ /		
/ /	/ /		
/ /	/ /		
/ /	/ /		

Asegurado Propuesto-Beneficiarios Contingentes (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento día / mes / año	Parentesco	%
/ /	/ /		
/ /	/ /		
/ /	/ /		
/ /	/ /		

Asegurado Adicional-Beneficiarios Contingentes (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento día / mes / año	Parentesco	%
/ /	/ /		
/ /	/ /		
/ /	/ /		
/ /	/ /		

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

Póliza de vida vigente

Solicitud en proceso

Ninguno

8./ Declaración de Salud: (si el Plan escogido es SIN SEGURO, no es necesaria la sección 9 de esta solicitud)

Peso <input type="text"/> Kgms. <input type="checkbox"/> Libras	Altura <input type="text"/> Mtrs. <input type="checkbox"/> Pies	Tipo de Sangre A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	Si	No
1.- ¿Ha usted aumentado o disminuido más de 10 Lbs (5 Kgrms) de peso en el último año?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.- ¿Hay algún antecedente de enfermedades mentales, tuberculosis, epilepsia, suicidio o diabetes en su familia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.- ¿Existe alguna historia médica de enfermedades hereditarias en su familia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.- ¿Ha fallecido algún miembro de su familia inmediata como resultado de cáncer, enfermedades de los riñones o del corazón, diabetes o alta presión arterial antes de la edad de 65 años?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.- ¿Está usted actualmente tomando medicina sin prescripción médica o está usted bajo tratamiento por uso de drogas o alcohol?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.- ¿Está tomando usted actualmente algún medicamento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.- ¿Ha sido usted sometido a cirugía o se le ha aconsejado a ello durante los últimos 10 años?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.- ¿Ha sido usted sometido a un examen físico o ha sido examinado por un médico en los últimos 10 años?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.- ¿Se le han hecho radiografías, electrocardiogramas o exámenes de sangre en los últimos 10 años ó tiene resultados de algún examen pendiente por recibir?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.- ¿Ha tenido usted un tumor o enfermedades sexuales en los últimos 10 años?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.- ¿Está usted total o parcialmente incapacitado? ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por 10 ó más días por razones de salud?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.- ¿Ha usado usted alguna vez nicotina en cualquier forma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.- ¿Durante los últimos 10 años ha usado usted heroína, morfina, otros narcóticos, marihuana, cocaína, barbitúricos, anfetaminas o drogas alucinógenas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.- ¿Ha sido diagnosticado por un médico de tener o ha sido tratado para Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>15.- ¿Ha sido usted paciente o le han aconsejado internarse en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico, tratamiento u operación?</p> <p>16.- ¿Ha tenido una enfermedad, condición u otro desorden o defecto físico no mencionado anteriormente?</p> <p>17.- Indique si usted ha sufrido en los últimos 10 años o se le ha tratado o se le ha aconsejado recibir tratamiento para:</p> <p>a.-Enfermedades mentales, convulsiones, mareos, epilepsia o cualquier otra enfermedad que afecte el sistema nervioso, desvanecimiento, dolores de cabeza crónicos o desórdenes psicológicos.</p> <p>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.</p> <p>c.-Neuritis, artritis o cualquier enfermedad, desorden en los músculos, huesos, columna vertebral, espalda o articulaciones.</p> <p>18.- ¿Se ha medido la presión arterial en los últimos 2 años? (Aseg 1) Sistólica _____ Diastólica _____ (Aseg 2) Sistólica _____ Diastólica _____</p> <p>19.- ¿Se ha medido el azúcar en la sangre en los últimos 2 años? Resultado (1) _____ (2) _____</p> <p>20.- ¿Ha sido usted sometido a una colonoscopia?</p> <p>21.- ¿Ha sido usted rechazado, diferido o aceptado con una prima adicional o bajo términos especiales de cobertura para una cobertura de seguros de vida, incapacidad o de salud?</p> <p>SOLO PARA MUJERES</p> <p>22.- ¿Está usted embarazada?</p> <p>23.- ¿Se ha hecho una prueba de Papanicolaou?</p> <p>24.- ¿Se ha hecho una mamografía?</p> <p>SOLO PARA HOMBRES</p> <p>25.- ¿Se ha hecho usted un examen rectal o de próstata?</p>				

Detallar a continuación toda la información del Asegurado sobre cualquier pregunta respondida afirmativamente en la Sección 8 de esta Solicitud

Asegurado	Pregunta	Fecha	Diagnóstico / Tratamiento / Resultado	Nombre y Dirección del Médico/Institución Hospitalaria
Médico Principal Nombre Teléfono Dirección				Última Visita Fecha Razón Resultados

9./ Cuestionario Adicional:

	Si	No		Si	No
1.- ¿Viaja usted en aviones privados diferentes de líneas aéreas comerciales? (utilizar cuestionario especial de aviación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.- ¿Usa UD. algún transporte personal diferente de un automóvil? Indique tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo viaja usted como:					
Tripulación Pasajero Frecuencia _____					
2.- ¿Tiene usted licencia de piloto? (en caso afirmativo utilizar cuestionario especial de aviación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.- ¿Ha sido usted investigado, enjuiciado, condenado o convicto por algún delito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, paracaísmo, lanzamiento en acantilados, alpinismo, submarinismo, salto en correa elástica o cualquier deporte similar? (en caso afirmativo utilizar cuestionario de deportes peligrosos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.- ¿Ha sido usted secuestrado o ha sido víctima de algún atentado en el pasado? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Practica usted algún deporte? Si la respuesta es afirmativa, indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.- ¿Dispone de los servicios de "Guardaespaldas", o cualquier servicio de seguridad personal? (en caso afirmativo utilizar cuestionario de personas protegidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo _____ Frecuencia _____			12.- ¿Tiene usted algún pasatiempo? Si la respuesta es afirmativa, indique:		
5.- ¿Usa usted arma de fuego? (en caso afirmativo utilizar cuestionario de cacería y tiro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____		
6.- ¿Maneja productos explosivos, radioactivos, tóxicos o químicos? Explique: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____		
7.- ¿Requiere su ocupación viajar, destinos y frecuencia? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.- ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Si la respuesta es afirmativa, indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tipo _____ Frecuencia _____		
			Tipo _____ Frecuencia _____		
			14.- ¿Fuma usted? Si la respuesta es afirmativa, indique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Tipo _____ Frecuencia _____		

10./ Completar si alguno de los asegurados es menor de 18 años:

1.- ¿Están todos los hermanos igualmente asegurados?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	2.- ¿Tienen seguro de vida los padres / guardianes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11./ Seguros Adicionales:					
1.- ¿Tiene usted algún seguro de vida vigente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	2.- ¿Tiene usted solicitudes de seguros de vida pendientes con otra compañía actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Detallar a continuación por Asegurado toda la información sobre cualquier pregunta respondida afirmativamente en la Sección 12 de esta Solicitud					
Asegurado	Pregunta	Nombre de la Compañía de Seguros de Vida	Fecha Efectiva	Cantidad Asegurada / Monto de Retiro	

12./ Para ser respondido por el Asesor:

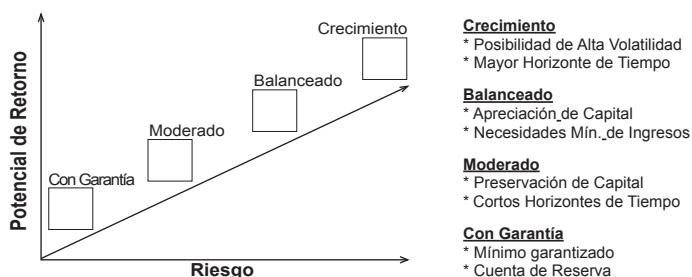
<p>1.- ¿Hace cuánto tiempo y que tan bien conoce usted al Solicitante?</p> <hr/> <p>2.- Si usted es familiar o tiene algún parentesco con el Solicitante por favor indiquelo:</p> <hr/> <p>3.- Si el Solicitante tiene alguna relación con alguna persona en la cadena de agentes por favor indiquelo:</p> <hr/> <p>4.- Según su conocimiento, declare el Ingreso Familiar Anual del Solicitante:</p> <hr/> <p>5.- Objetivo Principal: Describa que motivó al cliente a tomar este Plan</p>	<p>6.- Tiene o ha tenido alguno de los Solicitantes:</p> <p>a.- Cargo Político / Elección Popular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detalle _____</p> <p>Años de Permanencia _____</p> <p>b.- Cargo Militar Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detalle _____</p> <p>Años de Permanencia _____</p> <p>c.- Función Gubernamental / Cargos Públicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detalle _____</p> <p>Años de Permanencia _____</p> <p>Comentarios Adicionales: _____</p>
--	---

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:



2.- Perfil Personalizado

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 (Nosotros), _____ y _____, 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 cualesquier 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 cualesquier 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.

Código AG	Firma AG	Fecha	Firma del Asegurado Asegurado / Pensionado	Fecha
- NO SE ACEPTAN PAGOS EN EFECTIVO - CHEQUES EN US DÓLARES A NOMBRE DE STATETRUST LIFE AND ANNUITIES			Hueso Digital Pulgar Derecho	
Asegurado			Firma del Propietario (si es diferente del Asegurado / Pensionado)	

16./ Datos de Contacto:

Nombre Asegurado:

Dirección Residencial		Nombre Propietario:		Nombre Pensionado Designado:	
		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	