



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

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 póliza, ¿de dónde provienen?

Monto correspondiente al Propuesto Asegurado:

Indicar tipo de moneda

Valor Neto aproximado de Patrimonio

Ingreso Devengado

Ingreso No Devengado

Ocupación en los últimos 5 años

Información pertinente al plan

Tipo de Plan

WWTERM

WWTERM VALUE

WW SMART SAVINGS

Años

COBERTURAS

SUMA ASEGURADA

Vida Básica \$

Beneficio de devolución de Prima \$

Beneficio por muerte accidental \$

Beneficio por enfermedad grave \$

Modalidad de Pago

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Cheque

T.C.

PRIMA TOTAL

\$

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 reemplazar, 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? Sí No
En caso afirmativo, favor indicar cual producto y que cantidad.

Cigarrillos Tabaco Parche o chicle de Nicotina 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 provisto 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.



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?

2. ¿Obtuvo las respuestas personalmente del Propuesto Asegurado?

Sí No

3. ¿El propietario mostró un documento de identificación con foto emitido por el Gobierno?

Sí No

Lugar (Ciudad y país)

Fecha: |||||

Nombre del agente

Firma del agente