



## Solicitud de Inscripción

Póliza nueva  
  Adición de Dependientes  
  Rehabilitación  
  Cambio de Plan  
  WW Select  
  Preferred Premium  
  Preferred  
  Exclusive

Forma de pago  
  Anual  
  Semestral  
  Opción I Deducible \$1,000  
  Opción II Deducible \$2,500  
  Opción III Deducible \$5,000

**Asegurado Principal**      **Cédula / ID Number o Pasaporte:** \_\_\_\_\_

Apellido(s)	Nombre(s)	Sexo	Fecha Nacimiento	Peso	Estatura	Prima Anual
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/    / Mes      Día      Año	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	\$

Estado civil:     Soltero     Casado     Viudo     Divorciado

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa donde labora: \_\_\_\_\_

**Dependientes**

Apellido(s)	Nombre(s)	Parentesco	Sexo	Fecha Nacimiento	Peso	Estatura	Prima Anual
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/    / Mes      Día      Año	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	\$
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/    / Mes      Día      Año	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	\$
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/    / Mes      Día      Año	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	\$
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/    / Mes      Día      Año	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	\$
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/    / Mes      Día      Año	Kgs. <input type="checkbox"/> Lbs. <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	\$
							ITBIS:
							Total:

¿Los hijos mayores de 19 años, son estudiantes de tiempo completo?     SI     NO  
Si su respuesta es afirmativa, mencione el nombre y el No. de teléfono de la universidad:

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Universidad      Número de teléfono

2. País de residencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido o tiene otro seguro?     Si     No

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: \_\_\_\_\_

¿Desea solicitar un Seguro de Vida?     Si     No

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

4. Enviar los avisos de prima a:     Casa     Oficina     Agente     Otro

Dirección comercial u otra dirección: \_\_\_\_\_

5. Nombre de la Empresa o Grupo \_\_\_\_\_

**SECCION A**

¿Según su mejor entendimiento y conocimiento, hay alguna persona nombrada en esta solicitud que haya padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

- SI  NO  Cáncer o tumores malignos.
- SI  NO  Cálculos en los riñones, alteración en los riñones o en la vejiga, frecuencia urinaria o ardor.
- SI  NO  Goiter, alteración en la tiroides, diabetes.
- SI  NO  Epilepsia, enfermedades mentales o nerviosas, alteración del hígado.
- SI  NO  Adicto a las drogas por las cuales dicha persona ha sido tratada u hospitalizada.
- SI  NO  Alteración de la vesícula, hernia, alteración del estómago o los intestinos, úlceras, hemorroides.
- SI  NO  Cataratas u otra alteración de los ojos.
- SI  NO  Tuberculosis, enfermedades pulmonares, asma o bronquitis.
- SI  NO  Artritis, reumatismo, artritis deformativa, padecimiento en la espina dorsal, gota.
- SI  NO  Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, anemia, fiebre reumática.
- SI  NO  (Femenino) Alteraciones menstruales o hemorragia menstruales, desorden en los órganos reproductivos.
- SI  NO  (Femenino) ¿Está embarazada?
- SI  NO  (Masculino) Alteraciones de la próstata.
- SI  NO  SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida).



**SECCION B**

Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, habrá alguna persona nombrada en esta solicitud que:

- SI  NO  ¿Haya consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A?
- SI  NO  ¿Haya tenido alguna alteración de buena salud que no haya sido mencionada en la Sección A o en la primera pregunta de esta sección?
- SI  NO  ¿Haya tenido un examen físico?
- SI  NO  ¿Usted fuma?. Cantidad diaria. \_\_\_\_\_

**SECCION C**

Si usted ha indicado SI en alguna parte de la Sección A o Sección B, por favor indique por escrito la siguiente información. (Si se requiere más espacio para escribir, se puede dar más detalles en otra hoja).

Nombre del Paciente	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre y Dirección del Médico o Nombre y Dirección del Hospital

**Queda entendido y convenido que:**

- (A) Seguros Worldwide (de aquí en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La Cobertura provista por La Compañía no entra en vigor hasta que se reciba y apruebe la solicitud por La Compañía. La cobertura entra en vigor el primero del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud de La Compañía.
- (B) Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según su conocimiento y entender. Si hubiera algunas respuestas falsas en esta solicitud, entonces el contrato podrá ser anulado por La Compañía.
- (C) Con presentar una fotocopia o el original de este cuestionario, autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra facilidad, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía con información, incluyendo de registros respecto a consejos, cuidado o tratamiento proporcionados a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Nombre del Agente

\_\_\_\_\_

Firma del Agente