



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: _____

Tel. Casa: _____ Tel. Oficina: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

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

Dirección comercial u otra dirección: _____

¿Ha tenido o tiene otro seguro? Si No

¿Desea solicitar un Seguro de Vida? Si No

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