STATETRUST
LIFE & ANNUITIES

# FORMULARIO DE SOLICITUD

☐ Global Dynamic Protection ☐ Legacy ☐ Compass Index ☐ Sentinel ☐ Lighthouse

☐ Deseo recibir el contrato de la póliza impreso (incurre en costo de ☐ US$75.00 ☐ €75.00) 

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

| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año | Edad | Estado Civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Viudo | Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino |
| Peso Kgs. ☐ Lbs. ☐ | | Altura Mtrs. ☐ Pies ☐ | Fumador ☐ Sí ☐ No |
| País de Nacimiento y Residencia | Número de ID | Ocupación | |
| Nombre de la Compañía | Ingreso Individual Anual | Ingreso Familiar Anual | |
| Años/Meses en el Empleo | Naturaleza Negocio | Tareas que Realiza | |

**Ciudadanía o Residencia**

| EE.UU ☐ Sí ☐ No | Islas Vírgenes Británicas ☐ Sí ☐ No | País de Ciudadanía |
|---|---|---|
| Otros Países de Ciudadanía | Es su cónyuge Ciudadano/a de EE.UU o Islas Vírgenes Británicas? ☐ Sí ☐ No | |

## 2./ Datos del Propietario (Si es diferente al Asegurado Propuesto):

| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año | Edad | Estado Civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Viudo | Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino |
| País de Nacimiento y Residencia | | Número de ID | |
| Parentesco con el Asegurado Propuesto | | Fumador ☐ Sí ☐ No | |
| Ocupación | Ingreso Individual Anual | Ingreso Familiar Anual | |
| Nombre de la Compañía | | Años/Meses en el Empleo | |
| Naturaleza del Negocio | Tareas que Realiza | | |

**Ciudadanía o Residencia**

| EE.UU ☐ Sí ☐ No | Islas Vírgenes Británicas ☐ Sí ☐ No | País de Ciudadanía |
|---|---|---|
| Otros Países de Ciudadanía | Es su cónyuge Ciudadano/a de EE.UU o Islas Vírgenes Británicas? ☐ Sí ☐ No | |

## 3./ Datos del Asegurado Adicional (Aseg.2) si lo hubiera:

| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año | Edad | Estado Civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Viudo | Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino |
| Peso Kgs. ☐ Lbs. ☐ | Altura Mtrs. ☐ Pies ☐ | Fumador ☐ Sí ☐ No | Parentesco con el Asegurado Propuesto |
| País de Nacimiento y Residencia | Número de ID | Ocupación | |
| Nombre de la Compañía | Ingreso Individual Anual | Ingreso Familiar Anual | |
| Años/Meses en el Empleo | Naturaleza Negocio | Tareas que Realiza | |

**Ciudadanía o Residencia**

| EE.UU ☐ Sí ☐ No | Islas Vírgenes Británicas ☐ Sí ☐ No | País de Ciudadanía |
|---|---|---|
| Otros Países de Ciudadanía | Es su cónyuge Ciudadano/a de EE.UU o Islas Vírgenes Británicas? ☐ Sí ☐ No | |

## 4./ Datos de la Póliza:

| Opción ☐ Nivelado ☐ Incremental | Frecuencia de Pago ☐ Mensual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Anual | Forma de Pago ☐ T.C. ☐ Cheque ☐ Transfer. ☐ Débito a cuenta |
|---|---|---|
| Clase ☐ A ☐ E | Monto Contribución Anual | Monto Pagado con la Aplicación |
| Suma Asegurada Básica Monto _____ | Período de Contribución _____ Años | Duración Seguro (Lighthouse/Sentinel) _____ Años |

**Suplementos de la Póliza**

| | Monto | Hasta la edad de: |
|---|---|---|
| ☐ Incapacidad Total y Permanente | | |
| ☐ Exoneración de Prima | | |
| ☐ Beneficio por Muerte Accidental | | |
| ☐ Seguro Temporal Adicional | | |
| ☐ Asegurado Adicional/Cónyuge | | |
| ☐ Enfermedad Crítica | | |

## 5./ Beneficiarios Principales del Asegurado Propuesto (familiares):

| Nombre Beneficiario | Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año | Parentesco | % |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 5.1/ Beneficiarios Contingentes del Asegurado Propuesto (familiares):

| Nombre Beneficiario | Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año | Parentesco | % |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 6./ Beneficiarios Principales del Asegurado Adicional Propuesto (familiares):

| Nombre Beneficiario | Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año | Parentesco | % |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 6.1/ Beneficiarios Contingentes del Asegurado Adicional Propuesto (familiares):

| Nombre Beneficiario | Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año | Parentesco | % |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Si el Beneficiario tiene el parentesco de Cónyuge o Conviviente, indicar si tiene:** ☐ Póliza de vida vigente ☐ Solicitud en proceso ☐ Ninguno



Nota: Utilice páginas adicionales para designación de Beneficiarios en caso de ser necesario.

## 7./ Declaración de Salud:

Esta sección es obligatoria solo para planes CON SEGURO que no requieren Cuestionario Médico por cotización.

| Asegurado 1 | Asegurado 2 |
|---|---|
| Tipo de Sangre Rh<br>A☐ B☐ AB☐ O☐ +☐ -☐ | Tipo de Sangre Rh<br>A☐ B☐ AB☐ O☐ +☐ -☐ |

| | Aseg. 1 Sí | Aseg. 1 No | Aseg. 2 Sí | Aseg. 2 No |
|---|---|---|---|---|
| 1.- ¿Ha usted aumentado o disminuido más de 10 Lbs. (5 Kgs) de peso en el último año? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2.- ¿Hay algún antecedente de enfermedades mentales, tuberculosis, epilepsia, suicidio o diabetes en su familia? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3.- ¿Existe alguna historia médica de enfermedades hereditarias en su familia? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 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? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5.- ¿Está usted actualmente tomando medicina sin prescripción médica o está usted bajo tratamiento por uso de drogas o alcohol? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.- ¿Está tomando usted actualmente algún medicamento? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7.- ¿Ha sido usted sometido a cirugía o se le ha aconsejado a ello durante los últimos 10 años? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8.- ¿Ha sido usted sometido a un exámen físico o ha sido examinado por un médico en los últimos 10 años? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9.- ¿Se le han hecho radiografías, electrocardiogramas o exámenes de sangre en los últimos 10 años o tiene resultados de algún exámen pendiente por recibir? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10.- ¿Ha tenido usted enfermedades de transmisión sexual o del aparato reproductor en los últimos 10 años? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11.- ¿Ha sido usted diagnosticado por un médico o tratado para VIH o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12.- ¿Ha usado usted alguna vez nicotina en cualquier forma? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13.- ¿Durante los últimos 10 años ha usado usted heroína, morfina, otros narcóticos, marihuana, cocaína, barbitúricos, anfetaminas o drogas alucinógenas? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14.- ¿Está usted total o parcialmente incapacitado? ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por 10 ó más días por razones de salud? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | Aseg. 1 Sí | Aseg. 1 No | Aseg. 2 Sí | Aseg. 2 No |
|---|---|---|---|---|
| 15.- ¿Ha sido usted paciente o le han aconsejado internarse en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico, tratamiento u operación? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16.- ¿Ha tenido una enfermedad, condición, desorden o defecto físico no mencionado anteriormente? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17.- Indique si en los últimos 10 años usted ha sido diagnosticado, tratado o se le ha aconsejado tratarse para: | | | | |
| a.- Enfermedades mentales, convulsiones, mareos, epilepsia o cualquier otra enfermedad que afecte el sistema nervioso, desvanecimiento, dolores de cabeza crónicos o desordenes psicológicos. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b.- Tumores, cáncer, diabetes, derrame cerebral, alta presión arterial, colesterol alto o cualquier otro desorden de la sangre, tiroides, riñones, hígado, corazón, sistema gastrointestinal o respiratorio. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c.- Neuritis, artritis o cualquier enfermedad, desorden en los músculos, huesos, columna vertebral, espalda o articulaciones. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18.- ¿Se ha medido la presión arterial en los últimos 2 años? Sistólica _____ Diastólica _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19.- ¿Se ha medido el azúcar en la sangre en los últimos 2 años? Resultado (1) _____ Resultado (2) _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20.- ¿Se ha sometido a una colonoscopía y/o endoscopía? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 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? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Solo para Mujeres** | | | | |
| 22.- ¿Está usted embarazada? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23.- ¿Se ha hecho una prueba de Papanicolau? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24.- ¿Se ha hecho una mamografía y/o ecografía de mamas? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 25.- ¿Ha padecido o ha sido usted diagnosticada con algún desorden ginecológico? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Solo para Hombres** | | | | |
| 26.- ¿Se ha hecho usted un exámen rectal o de próstata? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Detallar a continuación por Asegurado (s) Propuesto (s) toda la información sobre cualquier pregunta respondida afirmativamente en la Sección 7 de esta Solicitud**

| Asegurado | Pregunta | Fecha | Diagnóstico/Tratamiento/Resultado | Nombre y Dirección del Médico/Institución Hospitalaria |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| Médico Principal | Última Visita |
|---|---|
| **Nombre:** | **Fecha:** |
| **Teléfono:** | **Razón:** |
| **Dirección:** | **Resultados:** |



Nota: Utilice páginas adicionales para ampliar detalles de la de la declaración de salud.

## 8./ Cuestionario Adicional:

| | Aseg. 1 Sí | Aseg. 1 No | Aseg. 2 Sí | Aseg. 2 No |
|---|---|---|---|---|
| 1.- ¿Viaja usted en aviones privados independientes o no pertenecientes a líneas aéreas comerciales? *(utilizar cuestionario especial de aviación)* En caso afirmativo viaja usted como: ☐ Pasajero ☐ Tripulación Frecuencia _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2.- ¿Tiene usted licencia de piloto? *(en caso afirmativo utilizar cuestionario especial de aviación)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 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, paracaidismo, lanzamiento en acantilados, alpinismo, submarinismo, salto en correa elástica o cualquier deporte similar? *(en caso afirmativo utilizar cuestionario de deportes peligrosos)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4.- ¿Practica usted algún deporte? Si la respuesta es afirmativa, indique: *(Aseg.1)* Tipo _____ Frecuencia _____ *(Aseg.2)* Tipo _____ Frecuencia _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5.- ¿Usa usted arma de fuego? *(en caso afirmativo utilizar cuestionario de cacería y tiro)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6.- ¿Maneja productos explosivos, radioactivos, tóxicos o químicos? Explique: Aseg. 1 _____ Aseg. 2 _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7.- ¿Requiere su ocupación viajar? En caso afirmativo indicar destinos y frecuencia. Aseg. 1 _____ Aseg. 2 _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | Aseg. 1 Sí | Aseg. 1 No | Aseg. 2 Sí | Aseg. 2 No |
|---|---|---|---|---|
| 8.- ¿Usa UD. algún transporte personal diferente de un automóvil? Indique tipo: Aseg. 1 _____ Aseg. 2 _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9.- ¿Ha sido usted investigado, enjuiciado, condenado o convicto por algún delito? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10.- ¿Ha sido usted secuestrado o ha sido víctima de algún atentado en el pasado? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11.- ¿Dispone de los servicios de "Guardaespaldas", o cualquier servicio de seguridad personal? *(en caso afirmativo utilizar cuestionario de personas protegidas)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12.- ¿Tiene usted algún pasatiempo? Si la respuesta es afirmativa, indique: *(Aseg. 1)* Tipo _____ *(Aseg. 2)* Tipo _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13.- ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Si la respuesta es afirmativa, indique: *(Aseg. 1)* Tipo _____ Frecuencia _____ *(Aseg. 2)* Tipo _____ Frecuencia _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14.- ¿Fuma usted? Si la respuesta es afirmativa, indique: *(Aseg.1)* Tipo _____ Frecuencia _____ *Aseg. 2)* Tipo _____ Frecuencia _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

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

| | Aseg. 1 Sí | Aseg. 1 No | Aseg. 2 Sí | Aseg. 2 No |
|---|---|---|---|---|
| 1.- ¿Están todos los hermanos igualmente asegurados? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2.- ¿Tienen seguro de vida los padres/guardianes? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## 10./ Seguros Adicionales:

| | Aseg. 1 Sí | Aseg. 1 No | Aseg. 2 Sí | Aseg. 2 No |
|---|---|---|---|---|
| 1.- ¿Tiene usted algún seguro de vida vigente? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2.- ¿Tiene usted solicitudes de seguros de vida pendientes con otra compañía actualmente? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Detallar a continuación por Asegurado (s) Propuesto (s) toda la información sobre cualquier pregunta respondida afirmativamente en la "Sección 10" de esta Solicitud**

| Asegurado | Pregunta | Nombre de la Compañía de Seguros de Vida | Fecha Efectiva | Cantidad Asegurada/Monto de Retiro | ¿Esta Póliza sustituye la actual? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | - | |
| | | | | - | |

## 11./ Para ser respondido por el Asesor:

**1.- ¿Hace cuánto tiempo y que tan bien conoce usted al Solicitante?**

_____

**2.- Si usted es familiar o tiene algún parentesco con el Solicitante por favor indíquelo:**

_____

**3.- Si el Solicitante tiene alguna relación con alguna persona en la cadena de agentes por favor indíquelo:**

_____

**4.- Según su conocimiento, declare el Ingreso Familiar Anual del Solicitante:**

_____

**5.- Objetivo Principal: Indique que motivó al cliente a tomar este Plan**

| ***Personal*** | ***Negocio*** |
|---|---|
| ☐ **Ahorro** | ☐ **Persona Clave** |
| ☐ **Planificación Hereditaria** | ☐ **Protección Contra Deudas** |
| ☐ **Retiro/Jubilación** | ☐ **Compañía Anónima** |
| ☐ **Protección Familiar** | ☐ **Sociedad** |

**6.- Alguno de los solicitantes tiene o ha tenido:**

**a.- Cargo Político/Elección Popular** **Sí** ☐ **No** ☐

Aseg./Detalle _____

**b.- Cargo Militar** **Sí** ☐ **No** ☐

Aseg./Detalle _____

**c.- Función Gubernamental/Cargos Públicos** **Sí** ☐ **No** ☐

Aseg./Detalle _____

**d.- Familares cercanos con cargo politico/elección popular o cargo militar** **Sí** ☐ **No** ☐

Aseg./Detalle _____

Comentarios Adicionales:



Nota: Utilice páginas adicionales para ampliar detalles del cuestionario adicional.

## 12./ 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:

☐ **Moderado**
* Preservación de Capital
* Cortos Horizontes de Tiempo

☐ **Con Garantía**
* Mínimo garantizado
* Cuenta de Reserva

☐ **Recomendado**
* Re-Balanceado por la compañía

☐ **Crecimiento Indexado**
* Potencial de Volatilidad
* Mayor Periodo de Inversión

☐ **Global Dynamic Protection** * Perfil de Inversión

☐ **Dow Jones** ☐ **Nasdaq** ☐ **S&P 500**

☐ **Personalizado** (escoja el porcentaje de participación en cada índice hasta sumar 100%)

**Dow Jones** _____% **Nasdaq** _____% **S&P 500** _____%

**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. Únicamente 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 diferentes mercados del mundo, incluyendo, pero no limitado a, Inversiones en fondos/índices de renta fija, renta variable, fondos en monedas, fondeos en países desarrollados, en vías de desarrollo y otros, 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.

La composición de cada Perfil de Inversión será determinada por StateTrust Life. StateTrust, a su discreción, podrá en cualquier momento realizar compras/ventas de inversiones o fondos específicos en cada Perfil de Inversión, en adición a lo descrito para cada día de cálculo (ver condicionado). Las compras o ventas de fondos, índices u otras inversiones pudieran tener cargos de comisiones u otros gastos por parte de la casa de bolsa o corretaje o la entidad financiera a través de la cual se ejecuten las transacciones, y que no forman parte de los gastos, deducciones mensuales y otras deducciones descritas en este documento. Estas comisiones y gastos están reflejadas en el precio neto de compra/venta de la inversión. Actualmente StateTrust utiliza los servicios de una empresa afiliada, StateTrust Investments, Inc. para la ejecución de estas transacciones

## 13./ Declaración del Asegurado:

Yo, *Nombre Asegurado* , Declaro que las respuestas y declaraciones en esta solicitud son consistentes, ciertas, completas y han sido correctamente anotadas. También declaro que los formularios, correos electrónicos y cualquier comunicación escrita con información referente a mí, a mi salud y a mi información crediticia y financiera formarán parte de esta solicitud de seguro y una vez emitida la póliza o plan, formarán parte integral del contrato. Entiendo que si cualquier respuesta y/o declaraciones son falsas o se han anotado incompletas, la póliza o plan emitido pudiere ser nula. Convengo en que cualquier póliza o plan basado en esta solicitud no entrará en efecto a menos y hasta que: a) la póliza o plan sea emitido durante la vida del asegurado propuesto; 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. Entiendo que este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será admitidaAutorizo a cualquier médico, profesional de la salud o institución médica, compañía de seguros, institución financiera, la Oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra institución o persona que tenga cualesquiera registros de conocimientos míos, de mi salud o 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, 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 o 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. 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 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 por StateTrust Life and Annuities, y de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Yo entiendo y doy mi consentimiento para que la compañía obtenga muestras de sangre, orina, saliva u otras para análisis de asegurabilidad. Entiendo que estos exámenes serán realizados exclusivamente por laboratorios autorizados por la compañía y que pueden incluir determinaciones para detectar la presencia de anticuerpos de VIH, riesgo de enfermedades cardíacas o conductos sanguíneos, desórdenes del hígado, riñones, diabetes, hepatitis viral, antígenos prostáticos, desordenes autoinmunes, nicotina y uso de drogas. Entiendo que los resultados obtenidos serán entregados solamente a la compañía para la evaluación del riesgo de mi solicitud de seguro de vida y que serán tratados de forma confidencial. En caso de resultados positivos reservados, seré contactado directamente.

**Código AG** **Firma AG** **Fecha**

**- NO SE ACEPTAN PAGOS EN EFECTIVO-**
**CHEQUES EN US DOLARES DEBEN SER EMITIDOS A NOMBRE DE STATETRUST LIFE AND ANNUITIES.**

Huella Digital Pulgar Derecho — **Asegurado 1**

Huella Digital Pulgar Derecho — **Asegurado 2**

**Firma del Asegurado Propuesto (Aseg. 1)** **Fecha**
(si el Asegurado es menor de 8 años debe firmar el Padre/Madre o Representante Legal)

**Firma del Propietario (si es diferente del Asegurado)** **Fecha**

**Firma del Asegurado Adicional (Aseg. 2)** si lo hubiera **Fecha**

## 14./ Datos de Contacto:

| Asegurado 1: | Asegurado 2: | Propietario: |
|---|---|---|
| **Dirección Residencial** | **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** |

# DECLARACIÓN COMPLEMENTARIA

## SOBRE LA EMPRESA STATETRUST LIFE & ANNUITIES LIMITED

StateTrust Life & Annuities, Ltd. es una empresa internacional de seguros con domicilio en las Islas Vírgenes Británicas (IVB) y regulada por la Comisión de Servicios Financieros de las IVB, que dispone de una amplia gama de instrumentos financieros que incluyen pólizas de seguros de vida, planes de retiro y educación, entre otros.

## SOBRE LAS POLIZAS Y PLANES QUE OFRECE LA EMPRESA

Entre los diversos instrumentos financieros disponibles, entiendo que he adquirido una póliza de seguro de vida o un plan de anualidad para retiro o educación que podría tener un componente de inversión en instrumentos de mercado de capitales, por lo que acepto que los porcentajes contenidos en la propuesta son tasas de rendimiento estimadas que persiguen acumular recursos monetarios a largo plazo. Estas pólizas/planes no tienen monto de capital garantizado, salvo que se indique expresamente lo contrario en el condicionado respectivo, por lo que no son depósitos bancarios, ni cuentas de ahorro, y no poseen seguro otorgado por entidad gubernamental alguna.

Las inversiones realizadas dentro de las pólizas/planes pueden sufrir oscilaciones en su precio y valor debido a fluctuaciones en los mercados de capitales. Estoy al tanto de que las inversiones en estos instrumentos financieros son efectuadas en fondos mutuales o índices de mercado (ETF) en renta fija y renta variable y las mismas se adecuan a lo que considero es mi perfil de riesgo.

Entiendo que StateTrust Life & Annuities, Ltd. y sus empresas relacionadas no pueden anticiparse a acontecimientos futuros e inciertos, ni evitar eventos macroeconómicos, financieros, políticos y de cualquier otra índole que pueden afectar adversamente las inversiones realizadas bajo mi consentimiento.

## SOBRE LAS MONEDAS PARA SUBSCRIBIR Y RENOVAR

Entiendo y acepto que las únicas monedas que StateTrust Life & Annuities, Ltd. recibe para la suscripción y renovación de las pólizas/planes son el DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA y el EURO (Divisas Elegibles), mediante transferencia, tarjeta de crédito, débito en cuenta bancaria o cheque, con exclusión de cualquiera otra moneda de pago. La empresa, sus empleados, asociados, agentes o directores no están obligados, facultados o autorizados para recibir ninguna otra moneda o gestionar la obtención de las monedas antes señaladas con el propósito de suscribir o renovar pólizas/planes. Reconozco mi disponibilidad y capacidad para obtener y mantener de forma lícita las Divisas Elegibles, independientemente de las restricciones de convertibilidad y transferibilidad monetaria que pudieran aplicar en mi país de residencia.

## ESTRUCTURA DE COSTOS

El agente me ha proporcionado información acerca de la estructura de costos de estos servicios. La misma está incluida en la ilustración y en el condicionado de la póliza/plan correspondiente. Reconozco que la adquisición de la póliza/plan puede tener implicaciones fiscales.

## VALORES DE RESCATE

Entiendo que las pólizas/planes con ahorro son a largo plazo y que pueden existir cargos de rescate al solicitar el pago anticipado de la póliza/plan, lo cual puede producir pérdidas sobre lo invertido o cancelación de la cobertura.

## DECLARACIÓN COMPLEMENTARIA

Declaro que:

- He leído este documento en su integridad, he comprendido su contenido y acepto sus términos;
- Acepto que StateTrust Life & Annuities, Ltd. pone a mi disposición alternativas de inversión, cuyo comportamiento y rendimiento no están garantizados, salvo que se indique expresamente lo contrario en el condicionado respectivo, mediante diversas pólizas/planes que poseen un componente de inversión;
- El Agente ha sido claro, transparente, amplio, y diligente en el proceso de información y comercialización, razón por la cual me encuentro satisfecho con los términos de la propuesta.

**CLIENTE**

X

Firma

Nombre

Fecha