



Informacion General

CNA International Life

Escribir toda la información en letra de imprenta o en máquina de escribir

1. Nombre del asegurado propuesto (Nombre, segundo nombre, apellido)		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	Edad	Lugar de nacimiento (Ciudad y país)
Número de licencia de conducir y país		Número de teléfono residencial		Número de teléfono de oficina	

2. Dirección residencial del asegurado propuesto

Ciudad	Estado/ Condado	Región	Localidad
País	Código postal	Correo electrónico	

3. Pagador de las primas (si es distinto al asegurado propuesto)

Pagador de las primas (si es distinto al asegurado propuesto)			Relación con el asegurado propuesto
Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	Edad	Lugar de nacimiento (Ciudad y país)	Correo electrónico

4. Plan de seguro

Monto / especificación nominal en US \$	Modo y método de pago de prima	Valor remitido en US \$. con esta Información General
\$		\$

Si es *Universal Life*, y beneficio por fallecimiento Opción 1 Opción 2
 (Si es *Universal Life*) El primer pago de prima (no puede ser por un valor menor que el pago mínimo de prima conforme al modo seleccionado)

Pago periódico de prima conforme a lo establecido en US \$ Pago mínimo de prima en US \$

\$

Procedencia de Fondos Monetarios

Título de la cláusula adicional / Cantidad en US \$	Título de la cláusula adicional / Cantidad en US \$	Título de la cláusula adicional / Cantidad en US \$
---	---	---

5. Cónyuge propuesto para seguro

5. Cónyuge propuesto para seguro (Nombre, segundo nombre, apellido)		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento (Mes, día, año)	Edad	Lugar de nacimiento (Estado y/o país)
Estatura Mtrs / Pies	Peso actual Lbs/ Kilos	Peso en el año anterior Lbs/Kilos	Causa de pérdida de peso		
Número de licencia de conducir y país		Cantidad (especificada) o \$	Unidades		
Designación de beneficiario	Nombre	%	Relación	Número de identificación	

6. Ocupación del asegurado propuesto(s) o Pagador, si el asegurado propuesto es menor de 21 años.

Enumere las responsabilidades.

7. Empleador del asegurado propuesto(s) nombre y dirección (Aplica al Pagador, si el asegurado propuesto es menor de 21 años.)

8. Enumere todas las cantidades de seguro de vida en vigor sobre todas las personas propuestas para seguro (De no existir, especifique ninguno.)

Nombre de la persona y compañía de seguro	Año de emisión	Cantidad de seguro personal	Cantidad de seguro comercial	Cantidad de beneficio por muerte accidental
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

¿La póliza solicitada reemplazará o servirá para cambiar cualquier seguro o anualidad actualmente en vigor, con ésta o cualquier otra compañía, sobre la vida de las personas propuestas para seguro? No Sí

¿Ha reemplazado usted alguna póliza de seguro de vida en los últimos tres años? No Sí

¿La ha reemplazado dos o más veces en los últimos cinco años? No Sí Si la respuesta es sí, indique nombre y razón.

¿Tiene usted pendiente alguna solicitud de seguro de vida o de salud en ésta o en alguna otra compañía? No Sí Si la respuesta es sí, indique nombre, compañía y razones.

Nombre		Compañía		
Número de póliza	Año de emisión	Monto nominal en US \$	Beneficio por muerte accidental en US \$	
		\$		

9. Enviar aviso de prima a: Dirección residencial del asegurado propuesto

Dirección comercial del asegurado propuesto Otra dirección

Nombre Dirección Ciudad País Código postal

10. Nombre del dueño, si no es el asegurado propuesto o solicitante (Incluir nombre del dueño contingente, de haberlo.)

Número de identificación del dueño

11. Designación de beneficiario (Escribir en letra de imprenta el nombre(s) completo(s) y relación con el asegurado propuesto.)

Nombre	%	Relación	Número de identificación

Beneficiario contingente:

12. ¿La persona(s) propuesta para seguro:

- | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|---|
| | Sí | No | |
| A. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En los últimos 3 años, ¿ha volado o tiene planes de volar como piloto, estudiante-piloto o tripulación? |
| B. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha viajado, residido o piensa viajar o residir fuera de su país de residencia? |
| C. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha sido convicto de algún delito? |
| D. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha sido acusado de 2 o más delitos automovilísticos en los últimos 3 años, convicto por conducir bajo la influencia de alcohol o alguna vez le han revocado o suspendido la licencia de conducir? |
| E. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En los últimos 3 años, ha participado o tiene intenciones de participar en paracaidismo o buceo, vuelo con ala delta, escalador de rocas y/o montañas, o cualquier medio de carreras motorizadas? |
| F. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha recibido consejos o tratamiento de parte de algún profesional médico por el uso de alcohol o estupefacientes, convicto por el uso de, vender o poseer cualquier narcótico, estimulante, sedante o narcótico alucinógeno en los últimos 10 años? |
| G. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez algún médico le ha aconsejado que deje de usar tabaco por motivos de salud? |
| H. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez le han denegado algún seguro, aumentado la prima de una póliza, modificado de alguna manera o denegado la reemisión, reinstalación o renovación de póliza? |

Detalles de las respuestas de "Sí" (Incluir cuestionario para las respuestas de A y E, junto con el nombre del asegurado propuesto, fechas, duración y médico(s) de cabecera)

13. Características especiales solicitadas, tales como la fecha de póliza, clasificación de riesgo, instrucciones de emisión

14. ¿Usa tabaco el asegurado propuesto? Nunca Actual Pasado
 Indique tipo: sin humo tabaco cigarrillo pipa | Mes / Año que lo dejó | Años como fumador | Cantidad de paquetes por día

15. ¿Usa tabaco el cónyuge propuesto para seguro? Nunca Actual Pasado
 Indique tipo: sin humo tabaco cigarrillo pipa | Mes / Año que lo dejó | Años como fumador | Cantidad de paquetes por día

16. Asegurado propuesto

Estatura Mtrs/ Pies	Peso actual Lbs/ Kilos	Peso hace un año Lbs/ Kilos	Causa por pérdida de peso
		Mes/ Año del último examen	Resultados
Sigmoidoscopia			
Examen de próstata			
Mamograma			
Examen de senos			
Ingreso anual \$	Estimado de patrimonio neto \$	¿Alguna vez ha declarado bancarrota? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Ejercicio / Actividades de – aeróbicos / fortalecimiento de músculos / tonificación

Mes / Año que comenzó | Veces / Semana | Duración

Médico habitual

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido) | Dirección | Ciudad | Estado / Condado

Región | Localidad | País | Código postal | Correo electrónico

Número de teléfono | Fecha de la última consulta | Motivo de / resultado de la última consulta

17. ¿Ha sido alguna persona propuesta para seguro tratada o ha padecido de:

- Sí** **No** (Si la respuesta es Sí, circule cada asunto pertinente.)
- A.** ¿Algún desorden o enfermedad de la vista, oídos, nariz o garganta?
- B.** ¿Mareo, desmayo, convulsiones, lesión en la cabeza, dolores de cabeza, defecto del habla, parálisis o derrame, temblores, debilidad muscular, depresión o algún otro desorden mental o nervioso?
- C.** ¿Falta de aire, ronquera o tos persistente, escupir sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o desorden respiratorio crónico?
- D.** ¿Dolor de pecho, palpitaciones, presión sanguínea alta, fiebre reumática, soplo cardíaco, venas varicosas, flebitis o algún otro desorden cardíaco o de vaso sanguíneo?
- E.** ¿Hepatitis, úlcera, hernia, colitis, diverticulitis, indigestión recurrente o algún otro desorden estomacal, intestinos, hígado, vesícula biliar, pancreas o bazo?
- F.** ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea o sexualmente transmitida, desorden de órgano reproductivo, próstata, vejiga, piedra o de riñones?
- G.** ¿Alergias, anemia, tendencia a sangramiento u otros desórdenes sanguíneos?
- H.** ¿Neuralgia, neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, o desorden muscular o de los huesos, incluyendo la médula espinal, espalda y las articulaciones?
- I.** ¿Desorden de la piel o glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer?
- J.** ¿Fiebre persistente, sudores nocturnos, escalofríos, y/o diarrea?
- K.** ¿Diabetes, tiroide y otro desorden endocrino?
- L.** ¿Diagnosis o tratamiento para SIDA, recetado por un profesional de la medicina?
- M.** ¿Algún desorden mental o físico que no esté en la lista, que haya tenido o se le ha aconsejado tener alguna consulta médica, enfermedad, lesión, hospitalización, tratamiento o cirugía, incluyendo un ECG, rayos X o alguna otra prueba de diagnóstico que no esté en la lista?

18. ¿Alguna persona propuesta para seguro está recibiendo o tomando medicamento?

19. Historial médico

	Edad		¿Historial de cáncer?	¿Enfermedades cardíacas?	¿Desorden circulatorio?
	Si vive	Al fallecimiento			
Madre			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, desde edad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, desde edad	
Padre			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, desde edad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, desde edad	
Hermanos			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, desde edad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, desde edad	
Hermanos			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, desde edad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, desde edad	

20. Sí No En los últimos 90 días, alguna persona propuesta para seguro, ¿ha sido admitida a algún hospital u otra institución médica, se le ha aconsejado ser ingresada, contemplado alguna cirugía, o se le ha practicado o recomendado alguna cirugía?

Sí No En los últimos dos años, alguna persona propuesta para seguro, ¿ha sido tratada por algún profesional médico por motivos de enfermedad cardíaca, derrame, cáncer o SIDA, o se le ha recomendado tal tratamiento?

Detalles de las respuestas de "Sí" a las preguntas 17, 18, y 20 (Incluir número del asunto, nombre del asegurado propuesto, fechas, duración, medicamento y nombre y dirección de los médicos.)

Poder

Por medio de la presente cedo un Poder limitado y específico a *HSBC International Trustee Limited*, ubicado en Gran Caimán, como mi apoderado ("Abogado"). Dicho Abogado acepta este nombramiento sujeto a los términos y condiciones por motivo de tal, acepta la responsabilidad y ejercerá los siguientes hechos en mí nombre, sin presentar fianza:

- (i) Cumplir con cualesquiera o todas las solicitudes/documentos necesarias y convenientes para solicitar cobertura de seguro de vida, tramitado por *Direct Life Insurance Segregated Portfolio of CNA International Life Company, SPC, Ltd. of Grand Cayman* ("Compañía de Seguro"). Al presentar solicitud para seguro de vida, mi Abogado puede divulgar toda la información que en este documento se contiene, más información adicional que razonablemente pueda la Compañía de Seguro solicitar, para autorizar a la Compañía de Seguro a debidamente tramitar el riesgo.
- (ii) Entregar cualesquier fondos en representación del pago de primas para la cobertura de seguro de vida a la Compañía de Seguro o a su designatario.
- (iii) Aceptar la entrega física de la póliza de seguro emitida por la Compañía de Seguro y de celebrar cualquier documento que así lo solicite la Compañía de Seguro, como muestra de acuse de recibo de la póliza de seguro.

La autorización que aquí se contiene incluirá tales actos incidentales, como sean razonablemente considerados requisitos para llevar a cabo y ejecutar las responsabilidades específicas que por este medio se conceden.

El Apoderado tiene el derecho a depender sobre los hechos que en este documento declara el asegurado propuesto(s) y/o el Solicitante como información veraz y precisa y no será responsable por cualesquier error, falsa representación, fraude o declaración deshonesta en lo que aquí se contiene. El Apoderado o cualesquiera de sus directores, funcionarios o empleados, no serán responsables por cualesquier daño, pérdida, costas o gastos de cualquier índole para con el asegurado propuesto, el Solicitante o la Compañía de Seguro, en cualquier momento, de cualquier modo que sea causado. El asegurado propuesto(s) y/o Solicitante será la única persona responsable por cualesquier error, declaración errónea o falsa representación, bien sea intencional o fraudulentamente o de otro modo, en lo que aquí se contiene.

El asegurado propuesto(s) y el Solicitante, de ser otra persona que el asegurado propuesto(s), concuerda en que: (1) todas las declaraciones y respuestas presentadas en este documento de Información General son completas, veraces y debidamente inscritas; (2) el Apoderado usará toda la información que aquí se contiene para celebrar una Solicitud de Seguro de Vida con la Compañía de Seguro, y que no se presentará ninguna Solicitud hasta que la ejecute mi Apoderado; (3) si la Solicitud que presente mi Apoderado es aceptada por la Compañía de Seguro, la póliza cual se solicita, y la Solicitud presentada por mi Apoderado, constituirá la póliza de seguro en su totalidad, y la póliza de seguro en su totalidad será entregada a mi Apoderado; (4) comprendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de cualquier póliza de seguro emitida como respuesta a la Solicitud ejecutada y presentada por mi Apoderado en las Islas Caimanes, se registrará y será interpretada conforme a las leyes de las Islas Caimanes, y acepto en someter todo conforme a la jurisdicción de los tribunales de las Islas Caimanes. Cualquier demanda, acción legal o proceso que pueda surgir o relacionarse con esta Información General y/o póliza a ser emitida, está sujeta a la jurisdicción exclusiva de los tribunales de las Islas Caimanes. El asegurado propuesto acepta haber recibido y leído el Aviso a los Asegurados Propuestos y al Aviso de Información Médica.

Celebrado como instrumento formal en (ciudad) _____ (país) _____
en este día _____ del mes de _____ en el año _____

X _____ **X** _____
Solicitante (si es otra persona que el asegurado propuesto) Firma del asegurado propuesto Número de Identificación

X _____
Firma del cónyuge propuesto para seguro Número de Identificación

X _____ **X** _____
Funcionario (si se firma en nombre de alguna compañía, fideicomiso, etc.) Testigo

Declaro que a mí mejor saber y entender, las respuestas a las preguntas en todas las partes de este documento de Información General son veraces y correctas. Además declaro a mí mejor saber y entender que esta póliza deberá no deberá reemplazar o cambiar cualquier seguro de vida o póliza de anualidad actualmente en vigor.

X _____
Broker (Testigo) Número de Broker

Autorización para obtener y divulgar información

POR ESTE MEDIO AUTORIZO a cualquier médico, personal médico, hospital, clínica, otra institución médica o relacionada, compañía de seguro o reaseguro, al *Medical Information Bureau, Inc.*, o agencia de informe de consumidor que tenga información disponible en lo relacionado al diagnóstico, tratamiento y pronóstico en lo relacionado a cualquier condición física y mental sobre mi persona o de mi condición de salud que le brinde a CNA International Life Company, a sus representantes legales o sus reaseguradores cualesquier y toda información.

Para facilitar la presentación rápida de dicha información, autorizo a dichas fuentes, salvo MIB, que brinden tales informes o conocimientos a cualquier agencia empleada por la Compañía a juntar y tramitar dicha información.

ENTIENDO que *CNA International Life Company* usará toda la información que se obtenga por medio de esta Autorización para determinar la elegibilidad para seguro. Toda información que *CNA International Life Company* obtenga, no será divulgada a ninguna persona u organización, SALVO a las compañías reaseguradoras, el *Medical Information Bureau, Inc.* u otras personas u organizaciones que lleven a cabo negocios o servicios legales relacionados con mi Información General, o como de otro modo pueda ser considerado legalmente un requisito o como pueda que yo en lo adelante autorize.

ENTIENDO que puedo solicitar copia de esta Autorización.

ENTIENDO que una copia fotostática de esta Autorización es tan válida como la original.

ACUSO RECIBO de haber recibido y leído el Aviso al Asegurado Propuesto y el Aviso al *Medical Information Bureau*.

ESTOY DE ACUERDO que esta Autorización permanecerá en vigor por un plazo de dos años a partir de esta fecha.

X

Asegurado propuesto (Si firma de parte del asegurado propuesto, especifique relación / autoridad)

X

Broker testigo

X

Cónyuge propuesto para seguro

Fecha (mes, día, año)

Informe del Broker

Este informe siempre debe ser completado y permanecer junto con el documento de Información General.

Requisitos Ordenados

Fecha Sometida: _____

	Sangre	Orina	Para	INSP	Imed	EQG	CUEST	Otro
Asegurado Propuesto 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asegurado Propuesto 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Propósito del seguro

- Personal Creación de patrimonio Protección familiar Caridad Otro
 - Negocio Personal clave Compra y venta Acreedor Dueño único
 - Corporación Otro
- Si es por negocio, ¿está asegurado algún otro socio de la compañía? Sí No
(Si la respuesta es "No", indicar la razón a continuación.)

Historial del asegurado propuesto(s)

¿Cuánto tiempo hace que conoce al asegurado propuesto? _____
 Amigo Conocido Cliente actual Pariente Desconocido
Dirección anterior y nombre de compañía, si la información actual es de menos de 5 años.

Cantidad de seguro

Se determinó la cantidad por beneficio de muerte por (indicar todo lo que aplique):
 Asegurado Programa electrónico de análisis de necesidades
 Análisis de necesidades hecho manualmente Múltiples ingresos
 Costo de gastos finales Otro _____

Pagos de primas

Anual US \$ _____ Modo de prima en US \$ _____
Tasa de clase de cotización _____
Procedencia de Fondos Monetarios _____

Dinero en efectivo junto con la Información General

Identificar uno: No se aceptó pago con la Información General.
 Se recibió pago con la Información General (Cheques de broker no son aceptables)
Cantidad de pago en US \$ _____ Fecha de Pago _____

Explicaciones y solicitudes especiales

Crédito de comisión

Broker _____ código _____ % dividido _____
Broker regional _____ código _____ % dividido _____
Broker General/Oficina de Ventas _____ código _____ % dividido _____
LSR _____ código _____ % dividido _____

Declaro que: (1) personalmente he visto al asegurado propuesto al completar la Información General; (2) verazmente y con precisión he inscrito los detalles en el documento de Información General, conforme a lo suministrado por el dueño y asegurado propuesto; (3) a mí mejor saber y entender, creo que no existe impedimento adverso que afecte la asegurabilidad del asegurado propuesto, salvo lo indicado en lo susodicho del documento de Información General; y (4) la declaración de divulgación presentada por escrito, en o antes de la fecha que se firmó la Información General.

Broker **X** _____ Fecha _____
Broker **X** _____ Fecha _____
Broker **X** _____ Fecha _____

Aviso al Asegurado Propuesto

Separar - entregar al solicitante

Para poder tramitar y administrar su cobertura de seguro debidamente, se requiere recopilar cierta información necesaria y de ayuda en lo relacionado con su asegurabilidad. Usted es nuestra fuente más importante de información; pero además debemos comunicarnos con otras fuentes, incluyendo a instituciones y profesionales médicos, empleadores y otras compañías de seguro.

Podemos obtener un informe investigativo del consumidor, por medio del cual se pueda obtener información de su carácter, reputación general y características personales al celebrar entrevistas con sus amistades, vecinos y otros conocidos suyos.

En algunas situaciones, y en cumplimiento con la ley, puede que se divulguen algunos datos necesarios a terceros, sin su autorización específica.

Aviso en lo relacionado al *Medical Information Bureau*

Sírvase leer detenidamente

Toda información relacionada con su asegurabilidad se tratará confidencialmente. *CNA International Life Company* o su(s) reasegurador(es) pueden, no obstante, presentar un informe breve al *Medical Information Bureau*, una asociación, sin fines de lucro, de compañías de seguros de vida, la cual administra un intercambio de información de parte de sus socios. Si usted presenta solicitud a otra compañía, que también sea socia de esta Oficina, para cobertura de seguro de vida o de salud, o presenta reclamo de beneficios a dicha compañía, la Oficina, conforme al pedido, le suministrará a dicha compañía la información al corriente en el expediente. *CNA International Life Company* o su(s) reasegurador(es) también pueden brindar información de dichos expedientes a otras compañías de seguro de vida, a las cuales usted le solicite seguro de vida o de salud, o a quien usted le presente reclamo de beneficios. Es de nuestro entender, que al recibir una solicitud de parte suya, la Oficina hará los arreglos pertinentes para divulgar cualquier información que mantenga en su expediente. La dirección de la sección de información de esta Oficina es: P.O. Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112, USA.