

LifePlan

Solicitud



RL
360°

La presente *Solicitud* debe leerse conjuntamente con el *Folleto* y el *documento de Datos Fundamentales* vigentes de LifePlan. *This Application Form should be read in conjunction with the current LifePlan Brochure and Key Features.*

Un ejemplar de la *Solicitud* rellena y de los *Términos y Condiciones* se encuentra a disposición de las personas interesadas. Si tiene cualquier duda en cuanto a la pertinencia de divulgar o no algún hecho particular, inclúyalo en la *Solicitud* ya que es importante notificar la información completa. Si necesita más espacio, utilice hojas separadas y asegúrese de que cada solicitante y/o cada asegurado ponga su firma y la fecha en cada hoja adicional.

A copy of the completed Application Form and Terms and Conditions are available on request. If there is any doubt as to the relevance of any fact it should be included on the Application Form, as it is important that all information is fully disclosed. If more space is required please continue on a separate sheet of paper and ensure it is signed and dated by each applicant and/or each life assured.

Una "U.S. Specified Person" se define como cualquier ciudadano estadounidense o residente fiscal en Estados Unidos que sea titular de un pasaporte o una tarjeta verde (Green Card) estadounidense, o bien, que tenga su residencia o domicilio postal en los EE.UU. y que no haya renunciado a la ciudadanía estadounidense. Para más información sobre la Ley de cumplimiento tributario de cuentas extranjeras (FATCA), vaya a la página web www.irs.gov/Businesses/Corporations/Foreign-Account-Tax-Compliance-Act-FATCA.

U.S. Specified Person means a U.S. citizen or tax resident individual, who either holds a U.S. Passport, a U.S. Green Card, has a U.S. residential/correspondence address or who was born in the U.S. and has not yet renounced their U.S. citizenship. More information on U.S. FATCA can be found at www.irs.gov/Businesses/Corporations/Foreign-Account-Tax-Compliance-Act-FATCA.

TENGA EN CUENTA QUE SI NOS FALTA INFORMACIÓN, ES POSIBLE QUE NOS TARDEMOS MÁS DE LO PREVISTO EN PROCESAR Y ACEPTAR SU SOLICITUD

PLEASE NOTE THAT INSUFFICIENT DETAILS MAY DELAY PROCESSING AND ACCEPTANCE

Según la reglamentación de seguros de 2008 relativa a la lucha contra el blanqueo de capitales, todas las compañías de seguros de vida de la Isla de Man deben "comprobar el origen de los fondos utilizados para pagar primas o hacer aportaciones a las pólizas". Dicha reglamentación refleja el compromiso de la Isla de Man de seguir las más estrictas normas de conducta empresarial y de luchar contra el blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo.

The Insurance (Anti-Money Laundering) Regulations 2008 requires all Isle of Man life companies to "make enquiries as to how an applicant has acquired the monies to be used as premium for, or contribution to, a policy." This reflects the Isle of Man's commitment to maintain the highest possible standards of business practice and to counter money laundering and the financing of terrorism.

RL360° ha adoptado una estrategia de control de riesgos para cumplir con esta reglamentación, utilizando una escala de 1 a 3 para calificar a los países con los que acepta trabajar. Cada categoría supone diferentes exigencias de justificación del origen del patrimonio. Cada país ha sido clasificado en función de su grado de cumplimiento de las normas internacionales.

RL360° has adopted a risk-based approach to meet these regulations, categorising all countries that we will accept business from into 1 of 3 tiers. Each tier has different source of wealth requirements. We have categorised countries according to their level of compliance with international regulatory standards.

Puede obtener toda la información sobre los procedimientos de declaración del origen de su patrimonio con su asesor financiero o puede descargarla a través de este enlace: www.rl360.com/sourceofwealth.pdf.

Full details on the source of wealth procedures can be obtained from your financial adviser or can alternatively be downloaded from www.rl360.com/sourceofwealth.pdf

RL360 Insurance Company Limited ("la Compañía") no asumirá responsabilidad alguna por los pagos hasta que los haya recibido una oficina registrada de RL360°. Cuando ya no se necesite información adicional y se acepte su solicitud, los documentos relativos a su póliza se emitirán lo antes posible. En el caso improbable de que no haya recibido los documentos de su póliza en los 45 días siguientes a la firma del presente formulario, póngase en contacto con su asesor financiero.

RL360 Insurance Company Limited ("the Company") accepts no responsibility for any payment until it has been received at a registered RL360° office. Provided that no further information is required and subject to acceptance of your application, your policy documents will be issued as soon as possible. In the unlikely event that you have not received your policy documents within 45 days after signing this form, please contact your financial adviser.

Antes de entregarnos su *Solicitud*, le rogamos que verifique lo siguiente.

Before you return this Application Form, please check the following

Marque las casillas relevantes:

Please tick:

- Sección 1** rellenar en caso de solicitudes
Section 1 completed for single/joint applications
- Sección 2** rellenar en caso de solicitudes individuales/conjuntas
Section 2 completed if single/joint applicant(s)
- Sección 3** rellenar en todos los casos
Section 3 completed in all cases
- Sección 4** opcional
Section 4 optional
- Sección 5** rellenar en todos los casos
Section 5 completed in all cases
- Sección 6** rellenar en todos los casos
Section 6 completed in all cases

- Sección 7 rellenar en todos los casos
Section 7 completed in all cases
- Sección 7 rellenar en todos los casos
Section 7 completed in all cases
- Sección 8 rellenar en todos los casos
Section 8 completed in all cases
- Sección 9 rellenar en todos los casos
Section 9 completed in all cases
- Sección 10 rellenar cuando se haya contestado "sí" a por lo menos una pregunta y se requieran detalles adicionales
Section 10 completed in all cases where any questions are answered 'yes' and further details are required
- Sección 11 leer en todos los casos
Section 11 read in all cases
- Sección 12 rellenar en todos los casos
Section 12 completed in all cases
- Sección 13 rellenar en todos los casos
Section 13 completed in all cases
- Sección 14 opcional
Section 14 optional
- Sección 15 leer en todos los casos
Section 15 read in all cases
- Origen de su patrimonio (cuando proceda):
Source of Wealth (where applicable):

Ingresos del trabajo - Copia certificada de sus tres últimas nóminas, confirmación de sus ingresos por parte de la empresa que lo emplea, copia de sus últimos cuentas anuales si es usted trabajador autónomo, o documentación equivalente.
Income from employment - Certified copy of your last three months' payslips, confirmation of your income from your employer, copy of your recent accounts if you are self employed, or equivalent documentation.

Otros ingresos o capital - Documentación relevante certificada que permita comprobar el origen de su patrimonio.
Other income or capital - Relevant certified documentation to verify the source of wealth.

Cualquier otra fuente no mencionada - Documentación relevante certificada que permita comprobar el origen de su patrimonio.
Any other source not listed - Relevant certified documentation to verify the source of wealth.

Este formulario debe entregarse junto con:

This form is to be submitted with:

- una ilustración personalizada firmada y acompañada de los comprobantes médicos y financieros habituales solicitados
a signed Personalised Illustration along with the standard medical and financial evidence detailed in it
- un formulario de pago rellenado o un cheque a nombre de RL360 Insurance Company Limited
a completed payment method form, or cheque made payable to RL360 Insurance Company Limited
- una copia certificada de un documento de identidad de cada solicitante y asegurado que incluya una fotografía y la edad
a certified copy of an identity document that includes a photograph for each applicant and life assured and evidence of their age
- comprobantes certificados del domicilio actual de cada solicitante
certified documentary evidence of each applicant's current residential address
- formularios adicionales, en su caso
any supplementary forms

Rellene el formulario con LETRA DE MOLDE y con tinta negra o azul.

Please complete in BLOCK CAPITALS and in black or blue ink throughout.

Sección 1 Datos de la póliza | *Application details*

Indique en qué calidad está solicitando una póliza (marque solo una casilla)

Please indicate on which basis you are applying (tick one box only)

Particular(es)
Individual applicant(s)

Fideicomisario
Trustee applicant

Fideicomisario corporativo
Corporate trustee applicant

Empresa
Corporate applicant

¿Qué tipo de póliza LifePlan desea suscribir?

Which life assured basis do you require?

Una sola persona asegurada
Single life

“Joint Life First Death” (dos personas aseguradas hasta el fallecimiento de la primera)
Joint life first death

Joint Life Second Death” (dos personas aseguradas hasta el fallecimiento de la última)
Joint life second death

“Joint Life Both Death” (dos personas aseguradas hasta el fallecimiento de cada una de ellas)
Joint life both death

Sección 2 Datos del (de los) solicitante(s) | *Applicant details*

Si está solicitando una póliza en calidad de:

If the basis of the application is one of the following:

- fideicomisario
trustee applicant
- fideicomisario corporativo
corporate trustee applicant
- empresa
corporate applicant
- solicitante de un plan de cobertura de los hijos
children's application

omita esta sección y rellene la *Solicitud* complementaria de póliza LifePlan (número de referencia: LPO08) o la *Solicitud de Plan de Cobertura de los Hijos de LifePlan* (número de referencia: LPO09).

then please ignore this section and complete the LifePlan Supplementary Application Form (reference number LPO08) or the LifePlan Children's Plan Application Form (reference number LPO09).

NOTA: Todos los solicitantes/fideicomisarios/directores también deben rellenar, firmar y sellar (cuando proceda) la Declaración de la Sección 12 de esta *Solicitud*.

NOTE: *All applicants/trustees/directors must also complete, sign and stamp (where applicable) the Declaration in Sección 12 of this Application Form.*

	Primer solicitante <i>First applicant</i>	Segundo solicitante (si procede) <i>Second applicant (if applicable)</i>
Sexo (marque la casilla) <i>Sex (please tick)</i>	Hombre <input type="checkbox"/> <i>Male</i> Mujer <input type="checkbox"/> <i>Female</i>	Hombre <input type="checkbox"/> <i>Male</i> Mujer <input type="checkbox"/> <i>Female</i>
Título (marque la casilla) <i>Title (please tick)</i>	Señor <input type="checkbox"/> <i>Mr</i> Señora <input type="checkbox"/> <i>Mrs</i> Señorita <input type="checkbox"/> <i>Miss</i>	Señor <input type="checkbox"/> <i>Mr</i> Señora <input type="checkbox"/> <i>Mrs</i> Señorita <input type="checkbox"/> <i>Miss</i>
	Otro (entero) <input type="text"/> <i>Other (in full)</i>	Otro (entero) <input type="text"/> <i>Other (in full)</i>
Nombre(s) <i>First name(s)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido(s) <i>Last name(s)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <i>Date of birth (dd/mm/yyyy)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
País y lugar de nacimiento <i>Country and place of birth</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sección 2 Datos del (de los) solicitante(s) continuación | *Applicant details continued*

Nacionalidad <i>Nationality</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País de residencia fiscal <i>Country of residence for tax purposes</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de referencia fiscal (p.ej. número de identificación tributaria/número nacional de seguro social) <i>Tax reference number (ie TIN/NI)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Es usted una "US Specified Person"? <i>Are you a U.S. Specified Person?</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Yes No</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Yes No</i>
Dirección y código postal actuales (enteros) <i>Current residential address and postcode (in full)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País <i>Country</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiempo pasado en la dirección <i>Length of time at current address</i>	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <i>Years Months</i>	Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <i>Years Months</i>
Número de teléfono personal <i>Home telephone number</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de teléfono celular <i>Mobile telephone number</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relación con el primer suscriptor <i>Relationship to first applicant</i>		<input type="text"/>

Servicios online *Online services*

Si desea tener acceso a los datos de su póliza online, debe indicarnos la siguiente información.
If you wish to access details of your policy online, you must supply us with the following information.

Dirección de e-mail <i>Email address</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contraseña (sólo lo usará una vez) <i>Password (you will only use this once)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indicio de contraseña <i>Password hint</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Actividades y responsabilidades exactas *Exact occupation and duties*

¿Cuál es su actividad exacta? <i>What is your exact occupation?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuál es la denominación social de su empresa? <i>What is your company name?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿A qué se dedica su empresa? <i>What is the nature of your business?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sección 2 Datos del (de los) solicitante(s) continuación | *Applicant details continued*

Indique la suma de los ingresos profesionales y no profesionales de cualquier origen, incluidas las bonificaciones.
Please state the applicants' combined earned/unearned income from all sources including any bonuses.

Moneda
Currency

	Este año <i>This year</i>	El año pasado <i>Last year</i>	Hace dos años <i>Previous year</i>
Profesionales <i>Earned</i>			
No profesionales <i>Unearned</i>			

Si ha declarado ingresos anuales no profesionales, proporcione detalles.
If you have stated annual unearned income please provide details.

Sección 3 Datos del (de los) asegurado(s) | *Life or lives assured details*

El seguro de vida puede cubrir hasta 2 personas. Si alguno de los solicitantes también será una de las personas aseguradas, marque las casillas correspondientes a continuación.
There can be up to 2 lives assured on the policy. If either applicant is to be a life assured, please tick the boxes below.

	Primer solicitante <i>First applicant</i>	Segundo solicitante (si procede) <i>Second applicant (if applicable)</i>
El solicitante también es un asegurado <i>The applicant is also a life assured</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>

Si los asegurados son distintos de los solicitantes, indique sus datos a continuación.
If the lives assured are different from the applicants please provide their details below.

	Primer solicitante <i>First applicant</i>	Segundo solicitante (si procede) <i>Second applicant (if applicable)</i>
Sexo (marque la casilla) <i>Sex (please tick)</i>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> <i>Male Female</i>	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> <i>Male Female</i>
Título (marque la casilla) <i>Title (please tick)</i>	Señor <input type="checkbox"/> Señora <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> <i>Mr Mrs Miss</i>	Señor <input type="checkbox"/> Señora <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> <i>Mr Mrs Miss</i>
	Otro (entero) <input type="text"/> <i>Other (in full)</i>	Otro (entero) <input type="text"/> <i>Other (in full)</i>
Nombre(s) <i>First name(s)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido(s) <i>Last name(s)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección y código postal actuales (enteros) <i>Current residential address and postcode (in full)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País de residencia <i>Country of residence</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de teléfono <i>Telephone number</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de e-mail <i>Email address</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad <i>Nationality</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <i>Date of birth (dd/mm/yyyy)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Sección 3 Datos del (de los) asegurado(s) continuación | *Life or lives assured details cont*

Actividades y responsabilidades exactas

Exact occupation and duties

	Primer solicitante <i>First applicant</i>	Segundo solicitante (si procede) <i>Second applicant (if applicable)</i>
¿Cuál es su actividad exacta? <i>What is your exact occupation?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuál es la denominación social de su empresa? <i>What is your company name?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿A qué se dedica su empresa? <i>What is the nature of your business?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Proporcione detalles sobre los ingresos profesionales y no profesionales de cada asegurado, de cualquier origen, incluidas las bonificaciones.

Please provide details of each of the life assured's earned/unearned income from all sources including any bonuses.

	Primer solicitante <i>First applicant</i>	Segundo solicitante (si procede) <i>Second applicant (if applicable)</i>
Moneda <i>Currency</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingresos profesionales <i>Earned</i>	Este año <i>This year</i>	<input type="text"/>
	El año pasado <i>Last year</i>	<input type="text"/>
	El penúltimo año <i>Previous year</i>	<input type="text"/>
Ingresos no profesionales <i>Unearned</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si ha declarado ingresos no profesionales anuales, proporcione detalles. <i>If you have stated annual unearned income please provide details.</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cuáles de las siguientes actividades realiza en el marco de su trabajo? (Indique el porcentaje (%) dedicado a cada una y asegúrese de que el total sea igual al 100%)

Which of the following do you perform in the course of your work? (Please indicate the % spent in each, and ensure the total adds up to 100%.)

	Primer solicitante <i>First life assured</i>	Segundo solicitante (si procede) <i>Second life assured (if applicable)</i>
Gestión de personal, tareas administrativas y de oficina y reuniones <i>Managerial, administration, clerical and meetings?</i>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Trabajo calificado, técnico, manual ligero o de supervisión en un taller o una fábrica <i>Skilled, technical, light manual and supervisory on a shop or factory floor?</i>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Venta (tienda/oficina), venta ambulante, gestión de ventas o asistencia comercial <i>Sales (shop/office based), mobile sales, sales management or sales assistance?</i>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Trabajo manual calificado, no calificado ligero o trabajo de fábrica, incluido el levantamiento de cargas <i>Manual skilled, light unskilled or factory work, including lifting?</i>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Trabajo no calificado, manual pesado o de levantamiento de cargas pesadas <i>Unskilled work, heavy manual or heavy lifting?</i>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
	= 100%	= 100%

Sección 3 Datos del (de los) asegurado(s) continuación | *Life or lives assured details cont*

	Primer solicitante <i>First life assured</i>	Segundo solicitante (si procede) <i>Second life assured (if applicable)</i>
¿Qué proporción del trabajo se lleva a cabo en casa? <i>How much work is carried out at home?</i>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
¿Trabaja más de 16 horas por semana? <i>Do you work more than 16 hours per week?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
¿Percibe ingresos de alguna otra actividad? <i>Do you receive payment from any other occupation?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, describa esa actividad <i>If yes, please state other occupation</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El(los) solicitante(s) y cada asegurado deben firmar la Declaración de la Sección 12 y adjuntar los siguientes comprobantes a la solicitud:
All applicant(s) and each life assured must sign the Declaration in Sección 12 and the following should be submitted to support the application

- Copia auténtica integral de un pasaporte o documento nacional de identidad en vigor de cada solicitante y asegurado, que incluya una fotografía.
Full true certified copy of a current passport or national identity card carrying a photograph for each applicant and life assured.
- Comprobantes del domicilio de cada solicitante (original o copia auténtica de uno de los siguientes documentos: recibo de una compañía de suministro público, impuestos locales o municipales, inscripción en el directorio telefónico local, extracto del padrón electoral oficial, permiso de conducir vigente, libreta de prestaciones sociales públicas, documento de estimación de impuestos o extracto bancario de préstamo hipotecario). En el caso de los recibos de una compañía de suministro público, etc., deben presentarse los últimos documentos emitidos.
Documentary evidence of each applicant's residential address (i.e. original or true certified copy of utility, rates, council tax bill, entry from local telephone directory, extract from electoral roll, current driving licence, state benefit book, tax assessment or a mortgage statement). Documents must be the most recently issued in the case of utility bills etc.

Sección 4 Dirección de correspondencia | *Correspondence address*

Si por cualquier motivo desea recibir su correo en otra dirección, puede indicar una dirección de correspondencia en el reverso. Por motivos de seguridad de su póliza, la Compañía le recomienda que elija con cuidado al destinatario y dirección de correspondencia y que notifique a la Compañía, a través de su Asesor Financiero, cualquier cambio de nombre y/o dirección durante la vida de su póliza. Aun así, la Compañía no asumirá responsabilidad alguna por haber enviado correspondencia a esta dirección.

If, for any reason, you want correspondence to be sent to a different address you can provide a correspondence address overleaf. In the interest of the security of your policy, the Company recommends that you carefully select the most reliable addressee and correspondence address and advise the Company via your Financial Adviser of any subsequent change of name and/or address during the course of your policy. However, the Company accepts no responsibility for the consequences of sending correspondence to this address.

Dirección y código postal para la correspondencia <i>Correspondence address and postcode</i>	<input type="text"/>
País <i>Country</i>	<input type="text"/>
Número de teléfono <i>Telephone number</i>	<input type="text"/>
Dirección de e-mail <i>Email address</i>	<input type="text"/>

Sección 5 Prestaciones | *Benefits*

Moneda de la póliza (sólo se permite una moneda por póliza) <i>Policy currency (only one currency is allowed in each policy)</i>	Libra esterlina <input type="checkbox"/> <i>UK Sterling</i>	Dólar estadounidense <input type="checkbox"/> <i>US Dollars</i>	Euro <input type="checkbox"/> <i>Euros</i>	Yen japonés <input type="checkbox"/> <i>Japanese Yen</i>
---	--	--	---	---

Sección 5 Prestaciones continuación | *Benefits continued*

	Primer asegurado <i>First life assured</i>	Segundo asegurado (si procede) <i>Second life assured (if applicable)</i>
Importe deseado de la cobertura básica por fallecimiento <i>Amount of primary life cover required</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Desea suscribir una cobertura por enfermedad crítica? (edad máxima al momento de la suscripción: 59 años cumplidos) <i>Do you require critical illness cover? (maximum age at entry 59 years attained)</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No
En caso afirmativo, indique el importe deseado de la indemnización <i>If 'yes' please state the amount of benefit required</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Desea suscribir una cobertura temporal por fallecimiento? <i>Do you require term life cover?</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No
En caso afirmativo, indique el importe deseado de la indemnización y la duración de la cobertura (mínimo de 5 años, máximo de 61 años) <i>If 'yes' please state the amount of benefit required and for what length of time the benefit is required (minimum 5 years, maximum 61 years)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> años years	<input type="text"/> <input type="text"/> años years
¿Desea suscribir una cobertura temporal por enfermedad crítica? <i>Do you require term critical illness cover?</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No
En caso afirmativo, indique el importe deseado de la indemnización <i>If 'yes' please state the amount of benefit required</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Desea suscribir una cobertura por muerte accidental? (edad máxima al momento de la suscripción: 59 años cumplidos) <i>Do you require accidental death benefit? (maximum age at entry 59 years attained)</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No
¿Desea suscribir la prestación de exención del pago de primas? (sólo se permite en el caso de un solo asegurado o del primer asegurado en el caso de una póliza conjunta; edad máxima al momento de la suscripción: 59 años cumplidos) <i>Do you require waiver of premium benefit? (only available to the single/first life to be insured, maximum age at entry 59 years attained)</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No

Opción de incremento automático de indemnizaciones

Benefit increase option

Sí No
Yes No

Si elige esta opción, debe elegir también la opción de incremento automático de primas (Sección 6 - Prima) de tal manera que las primas se incrementen automáticamente al menos en la misma proporción.
If this option is selected, the automatic premium increase option (Sección 6 - Premiums) must be chosen such that regular premiums increase by at least the same rate.

Los incrementos de indemnizaciones anuales pueden ser del 5% o 10% del importe inicial: 5% anual 10% anual
Benefit increase can be on a 5% or 10% simple basis: 5% annually 10% annually

Cobertura por enfermedad crítica de los hijos

Children's critical illness cover

Indique los nombres (enteros) de todos los hijos que cumplen los requisitos para beneficiarse de la cobertura (sólo se permite si se ha optado por la cobertura por enfermedad crítica). Tenga en cuenta que los hijos deben tener entre 1 y 17 años (cumplidos) para poder beneficiarse de la cobertura.

Please provide the names (in full) of any eligible children to be covered (only available if critical illness cover has been selected). Please note eligible children must be aged between 1 and 17 (attained) to qualify.

Sección 5 Prestaciones continuación | *Benefits continued*

	Hijo 1 <i>Child 1</i>	Hijo 2 <i>Child 2</i>	Hijo 3 <i>Child 3</i>
Nombre completo <i>Full name</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo <i>Sex</i>	Hombre <input type="checkbox"/> <i>Male</i>	Mujer <input type="checkbox"/> <i>Female</i>	Hombre <input type="checkbox"/> <i>Male</i>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <i>Date of birth (dd/mm/yyyy)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

¿Ha sufrido alguno de los hijos antes mencionados enfermedades cardíacas, renales, cerebrales o del sistema nervioso, o cualquier tipo de cáncer, u otra enfermedad que no sea una enfermedad infantil menor, o ha recibido asesoramiento médico o tratamiento contra tales enfermedades? ¿Se tiene constancia de alguna afección familiar o congénita?
Have any of these children suffered from, or received, medical advice or treatment for any disease(s) of the heart, kidneys, brain or nervous system, or any form of cancer, or any other illness apart from minor childhood ailments or do any familial or congenital conditions exist?

Sí
Yes

No
No

En caso afirmativo, proporcione todos los detalles relevantes en la Sección 10.
If yes, provide full details in Sección 10.

Sección 6 Primas | *Premiums*

Frecuencia de pago de primas <i>Premium frequency</i>	Mensual <input type="checkbox"/> <i>Monthly</i>	Trimestral <input type="checkbox"/> <i>Quarterly</i>	Semestral <input type="checkbox"/> <i>Half-yearly</i>	Anual <input type="checkbox"/> <i>Yearly</i>
Importe de la prima <i>Premium amount</i>	<input type="text"/>			
Periodo de prima <i>Premium term</i>	Vida entera <input type="checkbox"/> <i>Whole life</i>	Periodo limitado <input type="checkbox"/> a <input type="text"/> años <i>Fixed term for years</i>		
Opción de incremento automático de primas <i>Premium increase option</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Yes No</i>	(esta opción es obligatoria si ha elegido la opción de incremento automático de las indemnizaciones). <i>(This option must be selected if the benefit increase option is selected.)</i>		
	En caso afirmativo, elija la tasa de incremento: <i>If yes, increasing at:</i>		5% anual <input type="checkbox"/> <i>5% annually</i>	10% anual <input type="checkbox"/> <i>10% annually</i>

Sección 7 Selección de fondos de inversión | *Choice of investment funds*

Selección de fondos

Fund choice

Enumere a continuación los fondos de su elección, hasta un máximo de cinco fondos. Asegúrese de que la suma de los porcentajes invertidos sea igual al 100% y que el importe invertido en cada fondo no sea inferior a 25 GBP/50 USD/50 EUR/50 CHF/50 AUD/5000 JPY.

Please list your choice of funds below, up to a maximum of five funds. Please ensure that the percentages invested total 100% and that the amount invested in each fund is not below the GBP25/USD50/EUR50/CHF50/AUD50/JPY5,000 minimum.

ISIN <i>ISIN</i>	Nombre del fondo <i>Fund name</i>	Moneda <i>Currency</i>	Porcentaje de la prima <i>Percentage of premium</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Total			100%

Sección 8 Información sobre el estilo de vida | *Lifestyle details*

Tenga en cuenta que debe responder de forma completa a todas las preguntas. No se admiten las siguientes respuestas: "NA", "-" o "/". Si responde afirmativamente a alguna pregunta, proporcione información adicional en la Sección 10.

Please note all questions must be answered in full, any questions answered with "N/A", "-" or "/" are not acceptable. If you answer yes to any question please provide additional information in Section 10.

	Primer asegurado <i>First life assured</i>	Segundo asegurado (si procede) <i>Second life assured (if applicable)</i>
<p>8.1 ¿Tiene vigente alguna póliza con nosotros? <i>Do you currently have an existing policy with us?</i></p> <p>En caso afirmativo, indique el número de la póliza en la casilla correspondiente. <i>If yes, please insert your policy number in the appropriate box.</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p> <p><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p> <p><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>8.2 Indique su estatura <i>Please state your height</i></p>	<p>pies <input type="text"/> pulgadas <input type="text"/> <i>feet inches</i></p> <p>cm <input style="width: 100px;" type="text"/> <i>cm</i></p>	<p>pies <input type="text"/> pulgadas <input type="text"/> <i>feet inches</i></p> <p>cm <input style="width: 100px;" type="text"/> <i>cm</i></p>
<p>8.3 Indique su peso. <i>Please state your weight.</i></p>	<p>libras <input style="width: 100px;" type="text"/> <i>pounds</i></p> <p>kg <input style="width: 100px;" type="text"/> <i>kg</i></p>	<p>libras <input style="width: 100px;" type="text"/> <i>pounds</i></p> <p>kg <input style="width: 100px;" type="text"/> <i>kg</i></p>
<p>8.4 En los 12 últimos meses, ha consumido productos a base de tabaco (cigarrillos, puros o chicles)? <i>In the past 12 months have you used tobacco products (cigarettes, cigar or chewing)?</i></p> <p>En caso afirmativo, indique su consumo diario. <i>If yes, please state your daily consumption.</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p> <p><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p> <p><input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>8.5 ¿Existe alguna característica de su estilo de vida, trabajo o actividades de ocio o cualquier otra circunstancia o hecho que pudiera afectar o poner en peligro su salud o su esperanza de vida? En caso afirmativo, proporcione detalles completos en la Sección 10. <i>Is there any feature of your lifestyle, work or leisure activities or any other circumstances or fact which might affect or threaten your health or life expectancy? If yes, please state full details in Section 10.</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p>
<p>8.6 ¿Tiene intención de volar, excepto como pasajero de pago con compañías aéreas comerciales registradas, o de participar en actividades peligrosas? Por ejemplo, submarinismo o carreras de automóviles. En caso afirmativo, rellene el Cuestionario para practicantes de aviación adicional u otro cuestionario específico para practicantes de otras actividades. <i>Do you intend to fly, other than as a fare paying passenger on licensed commercial airlines or participate in any hazardous pursuits? For example underwater diving, motor racing? If yes, please complete the supplementary Aviation Questionnaire or other relevant pursuit questionnaire.</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p>
<p>8.7 ¿Tiene intención de salir de su país de residencia declarado al menos 30 días o durante un determinado año? En caso afirmativo, indique en la Sección 10 todos los países que vaya a visitar, el objeto y la duración de cada estancia. <i>Will you be out of your stated country of residence for 30 days or more in any one year? If yes, please state full details of countries to be visited, nature of visit and length of stay in Section 10.</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p>
<p>8.8 ¿Tiene previsto o tiene intención de pedir una opinión médica en las próximas 8 semanas? En caso afirmativo, proporcione todos los detalles relevantes en la Sección 10. <i>Do you expect or intend to seek a medical opinion within the next 8 weeks? If yes, please state full details in Section 10.</i></p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes No</p>

Sección 8 Información sobre el estilo de vida continuación | *Lifestyle details continued*

	Primer asegurado <i>First life assured</i>	Segundo asegurado (si procede) <i>Second life assured (if applicable)</i>
<p>8.9 ¿Le ha sucedido alguna vez que una aseguradora rechazara o aceptara con retraso o con condiciones especiales una solicitud referente a un seguro de vida, o ha retirado usted una solicitud? En caso afirmativo, indique el nombre de la(s) compañía(s), el(los) motivo(s) y la(s) fecha(s) en la Sección 10. <i>Has any insurer ever declined, postponed or accepted an application on your life on special terms, or have you withdrawn an application? If yes, please state the company(ies), reason(s) and date(s) in Section 10.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
<p>8.10 ¿Tiene vigente alguna póliza de seguro (incluso con RL360 Insurance Company Limited) o está usted solicitando o tiene previsto solicitar seguros con otras compañías, o tiene intención de cancelar una cobertura existente? Indique en la Sección 10 el importe total de las coberturas de vida y enfermedad crítica suscritos sobre su vida en los últimos 12 meses, incluidas las pólizas renovadas, y la moneda de cada seguro. <i>Do you have any existing insurance policies (including benefits with RL360 Insurance Company Limited) or are you applying or expecting to apply for insurance benefits with other companies, or do you intend to discontinue any existing cover? Please state the total amount of life and critical illness cover taken out on your life in the last 12 months, including reinstated policies, and the cover currency in Section 10.</i></p>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No

Médico de cabecera actual (esta sección es OBLIGATORIA)
Current medical attendant (this section MUST be completed)

Indique los datos de su médico de cabecera a continuación. Si no tiene médico de cabecera, indique los datos del último médico que ha consultado y el motivo de la consulta.
Please provide details of your usual medical attendant/attending physician below. If you have no usual medical attendant/attending physician, please provide details of the last doctor you consulted and the reason.

	Primer solicitante <i>First applicant</i>	Segundo solicitante (si procede) <i>Second applicant (if applicable)</i>
Nombre del doctor <i>Name of doctor</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de años con este médico <i>Number of years attended</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección y código postal (enteros) <i>Address and postcode (in full)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País <i>Country</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de la última consulta (dd/mm/aaaa) <i>Date of last visit (dd/mm/yyyy)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Motivo de la última consulta <i>Reason for last visit</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Resultados de la última consulta <i>Results of last visit</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si necesita más espacio, continúe en la Sección 10
If you require more space, please continue in Section 10.

Sección 9 Cuestionario médico | Medical questions

Tenga en cuenta que debe responder de forma completa a todas las preguntas. No se admiten las siguientes respuestas: "NA", "-" o "/". Si responde afirmativamente a alguna pregunta, proporcione información adicional en la Sección 10.

Please note all questions must be answered in full, any questions answered with "N/A", "-" or "/" are not acceptable. If you answer yes to any question please provide additional information in Section 10.

	Primer asegurado <i>First life assured</i>	Segundo asegurado (si procede) <i>Second life assured (if applicable)</i>
9.1 ¿Alguna vez se le ha aconsejado dejar de fumar y/o tomar bebidas alcohólicas por un motivo en particular? <i>Have you ever been advised to give up tobacco and/or alcohol for any specific reason?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
9.2 ¿Ha cambiado sus hábitos de consumo de alcohol o tabaco en los cinco últimos años? <i>Have either your drinking or tobacco habits differed in the last five years?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
9.3 Indique su consumo semanal medio de alcohol (cantidad y tipo). <i>Please state the specific amount of your average weekly consumption of alcohol (quantity and type).</i>	cerveza (en litros) <input type="text"/> <i>beer (in litres)</i>	cerveza (en litros) <input type="text"/> <i>beer (in litres)</i>
	vino (botellas de 75cl) <input type="text"/> <i>wine (75cl bottles)</i>	vino (botellas de 75cl) <input type="text"/> <i>wine (75cl bottles)</i>
	bebidas alcohólicas (unidades) <input type="text"/> <i>spirits (measures)</i>	bebidas alcohólicas (unidades) <input type="text"/> <i>spirits (measures)</i>

¿Sufre o ha sufrido alguna de las siguientes afecciones?

Do you have or have you ever had any of the following?

	Primer asegurado <i>First life assured</i>	Segundo asegurado (si procede) <i>Second life assured (if applicable)</i>
9.4 ¿Afecciones cardíacas o circulatorias p.ej. hipertensión, accidente cerebrovascular, dolor de pecho, soplo cardíaco, palpitaciones, fiebre reumática, trastornos vasculares, hipercolesterolemia? <i>Heart or circulatory disorders e.g. high blood pressure, stroke, chest pains, heart murmur, palpitations, rheumatic fever, blood vessel disorders, elevated cholesterol?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
9.5 ¿Trastornos respiratorios o pulmonares, p.ej. asma, bronquitis, tos persistente, tuberculosis? <i>Respiratory or lung trouble e.g. asthma, bronchitis, persistent cough, tuberculosis?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
9.6 ¿Trastornos del sistema digestivo, del hígado o de la vesícula biliar, p.ej. úlcera duodenal, hemorragia gastrointestinal, hepatitis? <i>Disorders of the digestive system, gall bladder or liver e.g. duodenal ulcer, bleeding from the bowel, hepatitis?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
9.7 ¿Enfermedad, trastorno o infección renal, vesical o genitourinaria, p.ej. proteinuria o hematuria, cálculos, prostatitis, enfermedad venérea, esquistosomiasis? <i>Disease or disorder or infection of the kidneys, bladder or reproductive organs e.g. protein or blood in the urine, stones, prostatitis, venereal disease, bilharzia?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
9.8 ¿Trastornos nerviosos, neurológicos o psiquiátricos, p.ej. convulsiones, epilepsia, desmayos, cefaleas persistentes, parálisis, ansiedad, depresión? <i>Nervous, neurological or mental complaint e.g. fits, epilepsy, blackouts, persistent headaches, paralysis, anxiety state, depression?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No
9.9 ¿Trastornos oculares, otorrinolaringológicos o cutáneos, p.ej. secreción ótica, trastornos de la vista, amigdalitis recurrentes, porfiria, psoriasis, dermatitis? <i>Ear, eye, nose, throat or skin disorders e.g. ear discharge, defective vision, recurrent tonsillitis, porphyria, psoriasis, dermatitis?</i>	Sí <input type="checkbox"/> Yes	No <input type="checkbox"/> No

Sección 9 Cuestionario médico continuación | *Medical questions continued*

	Primer asegurado <i>First life assured</i>		Segundo asegurado (si procede) <i>Second life assured (if applicable)</i>	
9.10 ¿Trastornos o enfermedades musculares, óseas, articulares, de las extremidades o de la columna vertebral p.ej. reumatismos, artritis, gota, hernia discal, otros trastornos de espalda o de cuello? <i>Disorders or disease of muscles, bones, joints, limbs or spine e.g. rheumatism, arthritis, gout, slipped disc, other back or neck troubles?</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>
9.11 ¿Diabetes, glucosuria, trastornos sanguíneos o esplénicos, tiroideos o de otras glándulas? <i>Diabetes, sugar in urine, blood or spleen disorders, thyroid or other glandular disorders?</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>
9.12 ¿Cáncer, leucemia, tumor o neoplasia de cualquier tipo? <i>Cancer, leukaemia, tumour or growth of any kind?</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>
9.13 ¿Se le prescriben actualmente medicamentos o fármacos, o recibe algún tratamiento o asesoramiento médico o psiquiátrico, o tiene programada alguna intervención quirúrgica? <i>Are any medicines or drugs currently prescribed for you, or are you receiving any medical or psychiatric treatment or advice or awaiting surgery?</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>
9.14 ¿Ha recibido o tiene previsto recibir asesoramiento, consejos, tratamiento o someterse a un análisis de sangre en relación con el SIDA, VIH o trastorno relacionado con el VIH o con cualquier otra enfermedad de transmisión sexual, incluida la hepatitis B? <i>Have you received, or do you expect to receive, any advice, counselling, treatment or blood tests in connection with AIDS, HIV or an HIV related disorder or any sexually transmitted disease including hepatitis B?</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>
9.15 ¿Ha recibido alguna vez asesoramiento o tratamiento en relación con el consumo de alcohol o drogas? <i>Have you ever been counselled or treated in connection with alcohol or drugs?</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>	Sí <input type="checkbox"/> <i>Yes</i>	No <input type="checkbox"/> <i>No</i>
9.16 Antecedentes familiares <i>Family history</i>				

Proporcione detalles de sus antecedentes familiares en la tabla a continuación, incluidos detalles sobre el estado de salud actual de los miembros de su familia o, si fallecieron, la causa de su muerte. Es de especial importancia especificar si su padre, madre o hermanos sufrieron o murieron a consecuencia de una enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, enfermedad renal, cáncer, esclerosis múltiple o diabetes antes de cumplir 65 años, o si padecían algún trastorno familiar o hereditario.
Please provide details of your family history in the table below, including details of their current state of health or, if deceased, the cause of death. Of particular importance is if your father, mother or any brothers or sisters have died or suffered from heart disease, stroke, kidney disease, cancer, multiple sclerosis or diabetes before the age of 65, or suffered from any familial/hereditary disorders.

Indique qué edad tenía su familiar cuando se le diagnosticó cáncer por primera vez y qué parte del cuerpo afectó primero.
Please tell us the age at outset if your relative had cancer and the part of the body first affected.

Primer asegurado
First life assured

Familiares <i>Relatives</i>	Estado de salud (o si falleció, indique la causa de su muerte) <i>State of health</i> (or if deceased please state cause of death)	Edad (o su edad cuando falleció) <i>Age</i> (or age at death)
Padre <i>Father</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madre <i>Mother</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hermanos (número de hermanos nacidos) <i>Brothers (numbers born)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sección 9

Cuestionario médico continuación | Medical questions *continued*

Hermanas (número de hermanas nacidas) <i>Sisters (numbers born)</i>	<input type="text"/>	

Segundo asegurado (si procede)
Second life assured (if applicable)

Familiares	Estado de salud (o si falleció, indique la causa de su muerte)	Edad (o su edad cuando falleció)
<i>Relatives</i>	<i>State of health</i> (or if deceased please state cause of death)	<i>Age</i> (or age at death)
Padre <i>Father</i>		
Madre <i>Mother</i>		
Hermanos (número de hermanos nacidos) <i>Brothers (numbers born)</i>		
Hermanas (número de hermanas nacidas) <i>Sisters (numbers born)</i>		

Si necesita más espacio, continúe en la Sección 10.
If more space is required, please continue in Sección 10.

Sección 11 Notas importantes | *Important notes*

Sus respuestas a las preguntas de este formulario se usarán para evaluar su solicitud y, por lo tanto, deberá responderlas de forma completa a su leal saber y entender. Debe proporcionarnos cualquier otra información que pudiera ser relevante e influir en nuestra decisión. Si no sabe si un hecho en particular es relevante, deberá notificarlo. Es posible que se anulen prestaciones si se descubre que ha ocultado información relevante. Si se han ocultado hechos significativos para esta solicitud, cualquier póliza de seguro emitida en el marco de esta podrá ser anulada aunque la Compañía la haya aceptado formalmente. En tal caso, podrán anularse todas las prestaciones pagadas. Examine detenidamente la declaración antes de firmarla.

Your answers to the questions on this form will be used to assess the application and you must, therefore, answer them fully and to the best of your knowledge and belief. You must give us any other information which might be relevant and which could influence our decision. If you are unsure whether a particular fact is relevant, you should disclose it. Protection benefits may be forfeited if relevant information is found to have been withheld. Any policy of insurance issued pursuant to this application may be declared void even if the application has been formally accepted by the Company, where facts which are material to this application have been withheld. In such event, all monies paid may be forfeited. Please give careful consideration to the declaration before signing it.

Antes de que entre en vigor la póliza, deberá notificar a la Compañía por escrito cualquier cambio en la información mencionada en las respuestas facilitadas en esta solicitud. La Compañía se reserva el derecho de modificar los términos de aceptación de su solicitud o de retirar su aceptación en caso de cambio.

Before the policy comes into force, any change of facts contained in the answers given in this application must be notified to the Company in writing. The Company reserves the right to amend the terms on which your application may have been accepted or to withdraw acceptance in the event of any such change.

Su solicitud no será vinculante y no existirá ninguna póliza hasta que la Compañía emita una carta de aceptación, que se cumplan todas las condiciones incluidas en la misma y que se emitan las condiciones particulares de la póliza.

Your application is not binding and no policy will exist until the Company has issued a letter of acceptance, all conditions therein have been complied with and your policy schedule has been issued.

Para obtener todos los detalles, lea los *Términos y Condiciones* que la Compañía pone a disposición de las personas interesadas.

Full details can be obtained by reading the LifePlan Terms and Conditions which are available from the Company on request.

Sección 12 Declaración | *Declaration*

Personas aseguradas

For lives assured

- 12.1 Declaro haber leído y entendido las notas importantes contenidas en la presente solicitud y que todas mis declaraciones, manuscritas o no, son auténticas y completas a mi leal saber y entender. Declaro asimismo haber divulgado toda la información relevante en relación con esta solicitud, tanto en respuesta a preguntas específicas de este formulario o de cuestionarios adicionales como en forma de información complementaria, que pudiera influir en la decisión de la Compañía de aceptar o no esta solicitud, incluida la decisión de asumir el riesgo asociado y de pagar la(s) prima(s).
- I declare that I have read and understood the important notes within this application and that all the statements made by me, whether in my handwriting or not, are true and complete to the best of my knowledge and belief and I have disclosed all relevant information concerning this application whether or not covered by the questions in this application form or any supplementary questionnaires which might influence the Company's decision concerning this application including whether to assume risk and the amount of premium(s).*
- 12.2 Divulgaré a la Compañía cualquier cambio en la información incluida en la solicitud que se produzca entre el momento en que se rellena esta solicitud y la entrada en vigor de la póliza.
- I will disclose to the Company any changes to the information given in this application which occur following the completion of this application but prior to the commencement of the policy.*
- 12.3 Al firmar a continuación, acepto de forma irrevocable que la Compañía solicite a cualquier médico, hospital, establecimiento médico u otra persona, información relativa a mi actividad, salud física o mental, lo cual incluye los resultados de análisis, y autorizo la transmisión de dicha información. Esta autorización seguirá vigente después de mi muerte.
- By signing below I irrevocably consent to the Company seeking from any doctor, hospital, medical institution or other person, information which may be related to my occupation, physical or mental health, including the result of any test, and I authorise the giving of such information. This authorisation shall remain in force after my death.*

Solicitantes

For applicants

- 12.4 Acepto que todas las declaraciones, formularios, informes u otra información escrita o facilitada por mí o por cualquier persona en mi nombre, constituya la base de la póliza suscrita con la Compañía.
- I agree that all statements, together with any forms, statements, reports or other information completed or supplied by me or any party on my behalf, shall form the basis of the policy with the Company.*
- 12.5 He leído y entendido el *Folleto* y el documento de *Datos Fundamentales* del producto y entiendo perfectamente los cargos que puede conllevar.
- I have read and understood the product Brochure and the Key Features and fully understand the charges that may be levied.*

Sección 12 Declaración continuación | *Declaration continued*

- 12.6 Acepto que se utilice el modelo de póliza estándar de la Compañía que contiene sus términos, condiciones y normas habituales para el tipo de prestaciones que solicito. La Compañía no estará vinculada de ninguna manera por declaraciones o compromisos de cualquier persona, excepto por los contenidos en la póliza emitida. Además, acepto y reconozco que, sin perjuicio de las declaraciones en contrario hechas por cualquier persona, ninguna póliza entrará en vigor y la Compañía no incurrirá en ninguna responsabilidad a consecuencia de esta solicitud hasta que yo haya pagado la primera prima, que la Compañía la haya recibido y que haya emitido una notificación por escrito de aceptación del riesgo.
- I agree to accept a policy in the form and containing the standard terms, conditions and rules ordinarily used by the Company for the type of benefits for which I have applied, and the Company shall not be bound in any way by any representations or undertakings made or given by any person save as contained in the policy as issued. It is further agreed and understood that, notwithstanding any statement made to the contrary by any person, no policy comes into existence and no liability whatsoever will attach to the Company as a result of this application unless and until the first premium has been paid and received by the Company and express written notice of acceptance of risk is issued by the Company.*
- 12.7 A mi leal saber y entender, no estoy sujeto a ninguna ley que me prohíba presentar esta solicitud.
- To the best of my knowledge and belief I am not subject to any legislation that would make this application unlawful.*
- 12.8 Confirmando que por mi propia iniciativa he solicitado información sobre la póliza a mi asesor financiero y que la he recibido. En base a dicha información, solicito por la presente una póliza. Entiendo que la Compañía que ofrece la póliza está instalada en la Isla de Man y, por lo tanto, está sujeta a las disposiciones de supervisión de la Government Insurance and Pensions Authority (Autoridad de regulación de seguros y pensiones del Gobierno) de la Isla de Man.
- I confirm that on my own initiative I requested and received information about the policy from my financial adviser. On the basis of that information, I hereby apply for this policy. I understand that the policy is offered by the Company which is established in the Isle of Man and as such the Company is subject to the supervisory arrangements of the Isle of Man Government Insurance and Pensions Authority.*
- 12.9 Entiendo que, a menos que haya indicado una dirección de correspondencia diferente en la Sección 4, toda la correspondencia de la Compañía en relación con esta solicitud y, si esta se acepta, la póliza en sí (incluidos los acuses de recibo de mis primas emitidos por la Compañía, notificaciones de primas de renovación a pagar y notificaciones de primas no recibidas por la Compañía), se remitirán al primer solicitante designado, a la dirección facilitada para ese solicitante. Estoy consciente de que todas las personas que me aconsejan sobre la(s) póliza(s) que solicito actúan en mi representación y no en nombre de la Compañía.
- I understand that unless I provide a different address for correspondence in Sección 4, all correspondence from the Company concerning this application and the policy, if accepted (including acknowledgement of safe receipt by the Company of my premiums, notification of renewal premiums due and of premiums not received by the Company when due) shall be sent to the first named applicant at the permanent address given for that applicant. I remember that any person who is advising me regarding the policy(ies) for which I am applying, is acting for me and not on behalf of the Company.*
- 12.10 Me comprometo a divulgar a la Compañía cualquier cambio en la información revelada en la solicitud que se produzca entre el momento en que se rellenó esta solicitud y la entrada en vigor de la póliza.
- I will disclose to the Company any changes to the information given in this application which occur following the completion of this application but prior to the commencement of the policy.*

Protección de datos personales

Data Protection

Cualquier dato que comunique a RL360° podrá compartirse con otras empresas tanto dentro como fuera del Grupo RL360°, y con personas que actúan en representación del solicitante, siempre y cuando la legislación lo permita. Sus datos e información personales podrán transferirse fuera de la Isla de Man, y es posible que RL360° los transmita a su autoridad reguladora, su administración pública o cualquier otra entidad a la que tenga la obligación legal de comunicarlos. RL360° podrá usar sus datos e información personales para gestionar su póliza, prevenir la delincuencia, perseguir a delincuentes así como para fines de análisis de mercado y estadísticas. RL360° se asegurará en todo momento de que sus datos e información personales se usen exclusivamente para fines permitidos por la ley.

Any data you provide to RL360° may be shared, if allowed by law, with other companies both inside and outside of the RL360° Group and to persons who act on your behalf. Data and information about you can be transferred outside of the Isle of Man and RL360° may be required to provide it to its regulator, its government or anyone else required by law. RL360° will use your data and information to allow for the administration of your policy, prevent crime, prosecute criminals and for market research and statistics. RL360° will, at all times, make sure that your data and information is only used in ways that are allowed by law.

La Ley de la Isla de Man sobre Protección de Datos de 2002 le permite, mediante el pago de una cantidad mínima, obtener una copia de sus datos e información personales en manos de RL360°. Si desea más información al respecto, dirijase a: Responsable de protección de datos, RL360°, RL360 House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles.

The Isle of Man Data Protection Act 2002 allows you, after paying a small fee, to receive a copy of the data and information RL360° holds about you. For further information please write to: Data Protection Officer, RL360°, RL360 House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles.

Sección 12 Declaración continuación | *Declaration continued*

Si el o los solicitantes y el o los asegurados son las mismas personas, sólo firme una vez en el espacio correspondiente al o a los solicitantes. Si el o los asegurados son distintos del o de los solicitantes, deben firmar todos los solicitantes y todos los asegurados.

If the applicant(s) and the life/lives assured are the same people, then please only sign once where the applicant(s) sign. If the life/lives assured is/are different from the applicant(s) - then all applicant(s) and life/lives assured must sign.

	Primer solicitante <i>First applicant</i>	Segundo solicitante (si procede) <i>Second applicant (if applicable)</i>
Firmado por <i>Signed</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha (dd/mm/aaaa) <i>Date (dd/mm/yyyy)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Primer asegurado <i>First life assured</i>	Segundo asegurado (si procede) <i>Second life assured (if applicable)</i>
Firmado por <i>Signed</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha (dd/mm/aaaa) <i>Date (dd/mm/yyyy)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Indique el país donde se rellenó y firmó este formulario:
Please enter the country where this form was completed and signed:

Sección 13 Datos del asesor financiero | *Financial adviser details*

Su asesor financiero deberá rellenar esta sección.
This section is to be completed by your financial adviser.

Póngase en contacto con su oficina regional para obtener el número atribuido por RL360° al asesor.
The RL360° adviser number can be obtained from your regional office.

Razón social <i>Company name</i>	<input type="text"/>
Número atribuido al asesor por RL360° <i>Adviser number</i>	<input type="text"/>
Nombre de la autoridad reguladora o de autorización <i>Name of regulatory or authorising body</i>	<input type="text"/>
Número asignado por la autoridad reguladora (cuando proceda) <i>Regulatory number (if applicable)</i>	<input type="text"/>
Sello del Asesor Financiero (si no incluye la dirección, indique el domicilio social) <i>Financial Adviser's stamp (if this does not state an address, please complete company address details too)</i>	<input type="text"/>
Nombre completo <i>Full name</i>	<input type="text"/>

Sección 13 Datos del asesor financiero continuación | *Financial adviser details continued*

Nombre de usuario de los servicios online (si está registrado)
Online services username (if registered)

Número de teléfono profesional
Work telephone number

Número de teléfono celular
Mobile telephone number

Dirección de e-mail
Email address

Confirmando que he tenido a la vista comprobantes de identidad y de domicilio actual del(los) solicitante(s) y que, si era necesario, adjunté a esta solicitud copias debidamente certificadas de ambos documentos tal y como exigen las instrucciones.
I confirm that I have seen documentary proof of the applicant(s) identity, and certification of their residential address, and have, where applicable, attached suitably certified copies of both as set out in the completion notes, along with this application.

Firmado por
Signed

Fecha (dd/mm/aaaa)
Date (dd/mm/yyyy)

Sección 14 Designación de beneficiarios | *Nomination of beneficiaries*

En caso de fallecimiento del asegurado que da lugar al pago de indemnizaciones, conforme a lo establecido en las condiciones particulares, designo por la presente (conjuntamente) al(los) siguiente(s) beneficiario(s)*, quienes recibirán las indemnizaciones (suma de los derechos a prestaciones previstas por la presente póliza en caso de fallecimiento del asegurado) según los porcentajes estipulados a continuación.
In the event of the death of the life assured on whose death the benefits become payable, as specified in the policy schedule, I hereby (jointly) appoint the beneficiary/ies named below to receive the benefits (represented by all rights to any proceeds payable under the policy by reason of the death of the life assured) in the percentages stated below absolutely.*

Primer beneficiario
First beneficiary

Segundo beneficiario
Second beneficiary

Sexo (marque la casilla)
Sex (please tick)

Hombre Mujer
Male Female

Hombre Mujer
Male Female

Título (marque la casilla)
Title (please tick)

Señor Señora Señorita
Mr Mrs Miss

Señor Señora Señorita
Mr Mrs Miss

Otro (entero)
Other (in full)

Otro (entero)
Other (in full)

Nombre(s)
First name(s)

Apellido(s)
Last name(s)

Domicilio y código postal (enteros)
Permanent address and postcode (in full)

País
Country

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
Date of birth (dd/mm/yyyy)

Porcentaje de indemnización (números enteros únicamente)
Percentage of benefit (whole numbers only)

Sección 14 Designación de beneficiarios continuación | *Nomination of beneficiaries continued*

	Tercer beneficiario <i>Third beneficiary</i>	Cuarto beneficiario <i>Fourth beneficiary</i>
Sexo (marque la casilla) <i>Sex (please tick)</i>	Hombre <input type="checkbox"/> <i>Male</i> Mujer <input type="checkbox"/> <i>Female</i>	Hombre <input type="checkbox"/> <i>Male</i> Mujer <input type="checkbox"/> <i>Female</i>
Título (marque la casilla) <i>Title (please tick)</i>	Señor <input type="checkbox"/> <i>Mr</i> Señora <input type="checkbox"/> <i>Mrs</i> Señorita <input type="checkbox"/> <i>Miss</i>	Señor <input type="checkbox"/> <i>Mr</i> Señora <input type="checkbox"/> <i>Mrs</i> Señorita <input type="checkbox"/> <i>Miss</i>
	Otro (entero) <input type="text"/> <i>Other (in full)</i>	Otro (entero) <input type="text"/> <i>Other (in full)</i>
Nombre(s) <i>First name(s)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido(s) <i>Last name(s)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio y código postal (enteros) <i>Permanent address and postcode (in full)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País <i>Country</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <i>Date of birth (dd/mm/yyyy)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Porcentaje de indemnización (números enteros únicamente) <i>Percentage of benefit (whole numbers only)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beneficiarios menores de edad
Minor beneficiaries

Si alguno de los beneficiarios designados por la presente no ha cumplido 18 años (independientemente de que sea mayor de edad según las leyes de su lugar de domicilio, se considerará “menor de edad” a cualquier individuo que no haya cumplido 18 años), autorizo por la presente a la Compañía, después de mi muerte, a pagar, a su exclusiva discreción, la indemnización al padre/madre o tutor del beneficiario menor de edad o a aplicarla de la forma indicada por escrito por dicho padre, madre o tutor. Un recibo emitido por dicho padre/madre o tutor será suficiente para liberar a la Compañía de todas sus obligaciones de pagar o aplicar indemnizaciones.

Where any of the beneficiaries nominated herein has not attained the age of 18 years (notwithstanding that such individual may be in accordance with the law of his or her domicile of full age and the expression ‘minor’ shall be construed accordingly) then I hereby authorise the Company in its absolute discretion, without seeing the application thereof, to pay the same to any parent or guardian of such minor beneficiary or to apply the same in such manner as may be directed in writing by such parent or guardian and the receipt by such parent or guardian in either case shall be sufficient discharge to the Company for any benefits so paid or applied.

Beneficiarios contingentes
Contingent beneficiaries

La Compañía no acepta la designación de beneficiarios contingentes. En caso de que las anteriores designaciones no procedieran debido al fallecimiento de uno o varios beneficiario(s) antes del fallecimiento del asegurado, la indemnización se repartiría por partes iguales entre los beneficiarios sobrevivientes. Si algún día desea designar a otro beneficiario, deberá rellenar un nuevo *Formulario de designación de beneficiario*.

The Company does not accept the nomination of contingent beneficiaries and in the event that any of the nominations above shall fail, by reason of the death of a nominated beneficiary/ies before the death of the life assured the benefit payable on the death of the life assured will be payable equally to the remaining beneficiary/ies. If at some point in the future you wish someone else to benefit a new Nomination of Beneficiary Form should be completed.

Notas importantes
Important notes

Si alguno de los beneficiarios designados fallece antes que el asegurado, se le recomienda que revise todo el proceso de designación y, si es necesario, que rellene un nuevo *Formulario de designación de beneficiario*.
If any of the nominated beneficiaries predeceases the life assured you are advised to review your appointment accordingly and, if necessary, complete a new Nomination of Beneficiary Form.

Todos los solicitantes deben rellenar esta sección y firmar en presencia de dos testigos independientes que no formen parte de los posibles beneficiarios. Su asesor financiero puede ser uno de estos testigos. Los tres deben firmar juntos al mismo momento.
This section must be completed by all applicant(s) who should sign in the presence of two independent witnesses who are not themselves named as potential beneficiaries. One of these witnesses can be your financial adviser. You should all sign whilst together.

Sección 14 Designación de beneficiarios continuación | *Nomination of beneficiaries continued*

Le corresponde al(los) solicitante(s) asegurarse que la designación del(los) beneficiario(s) en virtud de este formulario será válida según las leyes de su lugar de domicilio y/o residencia. La designación de beneficiarios no limita su derecho a asignar una póliza. Sin embargo, tal asignación revocará automáticamente la designación de beneficiarios. La designación tiene como efecto que en el momento del fallecimiento del asegurado cubierto por la póliza, las indemnizaciones se paguen al(los) beneficiario(s) designado(s). Cuando el pago de indemnizaciones por fallecimiento se realice en virtud de una póliza conjunta, la Compañía exigirá que el titular supérstite y el(los) beneficiario(s) designados firmen un formulario que la libere de sus obligaciones.

It is the responsibility of the applicant(s) to ensure that the nominated beneficiary/ies pursuant to this form will be effective under his or her law of domicile and/or residence. A nomination will not restrict your right to assign a policy. However, any such assignment will automatically revoke the nomination. The effect of the nomination is that upon the death of the life assured on whose death the policy's benefits become payable, those benefits shall be paid to the beneficiary/ies nominated. Where death benefits become payable under a jointly owned policy, the Company will require a signed form of discharge from both the surviving policy owner and the nominated beneficiary/ies.

**Declaración
Declaration**

Todos los solicitantes deben firmar a continuación en presencia de dos testigos independientes que no formen parte de los posibles beneficiarios. Su asesor financiero puede ser uno de estos testigos. Los tres deben firmar juntos al mismo momento.
All applicants must sign below in the presence of two independent witnesses who are not themselves named as potential beneficiaries. One of these witnesses can be your financial adviser. You should all sign whilst together.

Declaro por la presente:
I hereby declare:

- que la información que he proporcionado en la presente sección de designación de beneficiarios es auténtica y completa
that the information given by me in this nominated beneficiaries section is true and complete
- que he leído y entendido la presente sección de designación de beneficiarios y que acepto las obligaciones que conlleva en sus disposiciones y en los *Términos y Condiciones* de la póliza LifePlan relativos a la designación de beneficiarios.
that I have read and understood this nominated beneficiaries section and agree to be bound in accordance with its provisions and in accordance with the LifePlan Terms and Conditions regarding the appointment of beneficiaries.

Fecha
Date (dd/mm/yyyy)

**Primer solicitante
First applicant**

**Segundo solicitante (si procede)
Second applicant (if applicable)**

Firma (del solicitante)
Signature (of applicant)

**Testigo:
Witnessed by:**

Firma (del testigo)
Signature (of witness)

Nombre con letra de molde
Print name

Dirección y código postal (enteros)
Address and postcode (in full)

**Testigo:
Witnessed by:**

Firma (del testigo)
Signature (of witness)

Nombre con letra de molde
Print name

Dirección y código postal (enteros)
Address and postcode (in full)

Sección 15 Elección de las formas de pago | *Your choice of payment methods*

Si desea pagar con tarjeta de crédito/débito, por orden permanente o adeudo directo, rellene el formulario correspondiente a su forma de pago o siga las instrucciones a continuación.

If you wish to pay by credit/debit card, standing order or direct debit, please complete the appropriate payment method form or alternatively, please follow the relevant instructions below.

Cheque

Cheque

Expida el cheque a nombre de RL360 Insurance Company Limited y envíelo a la siguiente dirección: RL360°, RL360 House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles.

Please send your cheque, made payable to RL360 Insurance Company Limited to RL360°, RL360 House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles.

Tenga en cuenta que la compensación de los cheques denominados en libras esterlinas puede tardar hasta cinco días, y mucho más si están denominados en otras monedas.

Please note that GBP cheques can take up to five working days to clear. Other currency cheques may take considerably longer to clear.

Transferencia telegráfica

Telegraphic transfer

Si realiza aportaciones a su póliza por transferencia telegráfica, pida a su banco que indique su nombre en la referencia. Le rogamos que realice su pago a la cuenta bancaria pertinente de RL360 Insurance Company Limited indicada a continuación:

If you are paying into your policy by telegraphic transfer please instruct your bank to quote your name as a reference. Please make your payment to RL360 Insurance Company Limited through the appropriate bank below.

Moneda <i>Currency</i>	Código Swift <i>Swift code</i>	IBAN <i>IBAN</i>	Código Sort <i>Sort code</i>	Número de cuenta <i>Account number</i>	Nombre del banco <i>Bank name</i>	Titular de la cuenta <i>Account name</i>
EUR	CITIGB2L	GB20 CITI 1850 0813 1418 02	18-50-08	13141802	Citibank, London	RL360
GBP	CITIGB2L	GB34 CITI 1850 0813 1420 35	18-50-08	13142035	Citibank, London	RL360
JPY	CITIGB2L	GB26 CITI 1850 0813 1415 00	18-50-08	13141500	Citibank, London	RL360
USD	CITIGB2L	GB54 CITI 1850 0813 1415 78	18-50-08	13141578	Citibank, London	RL360

Dirección del banco

Bank address

La dirección del banco de todas las cuentas anteriores es: Citibank, Citigroup Centre, Canada Square, Canary Wharf, Londres, E14 5LB, Reino Unido.

The bank address for all the above accounts is: Citibank, Citigroup Centre, Canada Square, Canary Wharf, London, E14 5LB, UK.



Pago con tarjeta de crédito o débito

Credit and debit card mandate

Información importante

Important

Sólo admitimos tarjetas de crédito o débito cuando la tarjeta lleva uno de los logotipos que figuran arriba y si su prefijo es "3", "4" o "5".

We are only able to accept credit or debit cards where the card displays one of the logos above and is prefixed with a '3', a '4' or a '5'.

La cantidad máxima que podemos cobrar de su tarjeta de crédito es 99,999.99 libras esterlinas (o su contravalor en otra moneda) por prima. No aceptamos pagos con tarjetas denominadas en rand o dólar zimbabuense.

The maximum amount that can be collected by credit card is GBP99,999.99 (or currency equivalent) per premium. We cannot accept payments from Rand or Zimbabwe dollar denominated cards.

Les autorizo, hasta nuevo aviso por escrito, a cobrar pagos tal y como se indica a continuación:

I authorise you, until further notice in writing, to collect payments as detailed below:

Moneda de la prima (marque la casilla correspondiente) <i>Premium currency (please tick appropriate box)</i>	Libra esterlina <i>Sterling (GBP)</i>	<input type="checkbox"/>	Dólar estadounidense (USD) <i>US dollar (USD)</i>	<input type="checkbox"/>
	Euro (EUR) <i>Euro (EUR)</i>	<input type="checkbox"/>	Yen japonés (JPY) <i>Japanese yen (JPY)</i>	<input type="checkbox"/>

Importe de la prima (con cifras)
Premium amount in figures

Importe de la prima (con letras)
Premium amount in words

Frecuencia de pago de primas Mensual Trimestral Semestral Anual
Premium frequency Monthly Quarterly Half-yearly Yearly

Fecha de inicio¹ (dd/mm/aaaa)
Commencing on¹ (dd/mm/yyyy)

¹ Esta fecha vale únicamente para la prima inicial; posteriormente, las primas se deducirán 2 días laborales antes de su fecha de vencimiento.

¹ *this applies to initial premium only, future premiums are deducted 2 working days prior to premium due date.*

Tipo de tarjeta Mastercard/Eurocard Visa JCB American Express²

Card type

² El importe que cargaremos a su tarjeta será 1% mayor que la prima a fin de cubrir las comisiones adicionales que aplica American Express.

² *The amount we collect from your card will be 1% higher than your premium to cover additional charges applied by American Express.*

Tarjeta emitida por (nombre del banco) *(name of bank)*

País de emisión de la tarjeta
Country of card issue

Nombre(s) del titular de la tarjeta (es obligatorio que sea uno de los solicitantes)
Cardholder's name(s) (must be an applicant)

Dirección del titular de la tarjeta (tal como la tiene registrada el emisor de la tarjeta)
Cardholder's address (as held by the card issuer)

La dirección del titular de la tarjeta debe ser la misma que la del(los) solicitante(s) - en caso contrario, indique el motivo en la Sección 10 de este formulario.
The address details for the cardholder should be the same as the applicant(s) - if not then please provide reasons why in Section 10 of this form.

Número de tarjeta
Card number

 - - -

Válida hasta (mm-aa)
Expiry date (mm-yy)

 -

Entiendo que RL360 Insurance Company Limited (RL360°) me informará de los importes a pagar y de las fechas de vencimiento de los pagos y que no puede modificar dichos plazos sin previo aviso.

I understand that RL360 Insurance Company Limited (RL360°) will advise me of the amount to be paid and the dates on which payment is due and that RL360° may only change these after giving me prior notice.

Entiendo que esta autorización de pago a favor de RL360° permanecerá en vigor hasta que envíe una notificación escrita de cancelación a RL360°.

I understand that this authority in favour of RL360° will remain in force until such time as I cancel it in writing to RL360°.

Firma de(los) titular(es) de la tarjeta
Signature of cardholder(s)

Fecha (dd/mm/aaaa)
Date (dd/mm/yyyy)

Información adicional *Additional information*

En cumplimiento de la reglamentación de seguros de 2008 de la Isla de Man (lucha contra el blanqueo de capitales), podríamos exigir información adicional sobre el origen de su patrimonio, en función de donde esté registrado el banco emisor de su tarjeta de crédito o débito. Para más información, nuestro documento de información sobre el origen del patrimonio se encuentra a su disposición en internet a través del siguiente enlace: www.rl360.com/sourceofwealth.pdf.

In order to comply with the Isle of Man Insurance (Anti-Money Laundering Regulations) 2008, we may require additional source of wealth evidence subject to where the bank that issued your credit or debit card is registered. For further information please refer to our source of wealth information document available online at www.rl360.com/sourceofwealth.pdf.

Cualquier cambio que afecte a su prima, en particular en caso de incremento automático de prima, se aplicará sin necesidad de instrucción adicional.

Any changes to your premiums, including as a result of automatic premium escalation, will be applied without the need for a further instruction.

Instrucción de orden permanente *Standing order instruction*

Información importante | Important

Si desea modificar posteriormente el importe que aporta a su póliza, en particular en el caso de un incremento automático de prima, deberá rellenar una nueva instrucción de orden permanente. Si desea modificar su orden permanente, tendrá que hacerlo directamente a través de su banco.

If you wish to change the amount you pay into your policy at a later date, including as a result of automatic premium escalation, you will need to complete a new standing order instruction. If you wish to cancel your standing order you will need to do this directly through your bank.

Al gestor Banco/sociedad de préstamo inmobiliario
To the manager
(Bank/Building Society)

Dirección del banco
Bank address

Número de referencia
Reference number

RL360° le facilitará este número de referencia tras recibir su solicitud. Su banco deberá indicarlo en toda la correspondencia. Si no lo hace, nuestros banqueros podrían rechazar el pago.

This reference number will be supplied by RL360° after receipt of the application and must be quoted by your bank on all correspondence. Failure to do so may result in payment being rejected by our bankers.

Les ruego carguen el importe del pago, junto con los gastos de transferencia aplicables, a mi cuenta indicada a continuación:
Please debit the payment amount, together with any transfer charges, from my account detailed below:

Moneda (marque la casilla correspondiente) <i>Currency (please tick appropriate box)</i>	Libra esterlina <input type="checkbox"/> <i>Sterling (GBP)</i>	Dólar estadounidense (USD) <input type="checkbox"/> <i>US dollar (USD)</i>
	Euro (EUR) <input type="checkbox"/> <i>Euro (EUR)</i>	Yen japonés (JPY) <input type="checkbox"/> <i>Japanese yen (JPY)</i>

Importe del pago (con cifras)
Payment amount in figures

Importe del pago (con letras)
Payment amount in words

Frecuencia del pago Mensual Trimestral Semestral Anual
Payment frequency
Monthly Quarterly Half-yearly Yearly

Fecha de inicio de los pagos hasta nuevo aviso.
Payment commencement date (dd/mm/yyyy) until further notice.

Nombre(s) del(los) titular(s) de la cuenta
Name(s) of account holder(s)

Código Swift de la sucursal
(para todos los pagos no denominados en Libras esterlinas y pagos internacionales)
Branch Swift Code (for all non-GBP and International payments)
Swift Code must be either 8 or 11 digits

Código Sort - -
(para pagos en Libras esterlinas en el Reino Unido únicamente)
OR *Bank Sort Code (for UK GBP payments only)*

IBAN/Número de cuenta
(cuentas no denominadas en Libras esterlinas)
IBAN/Account number (all non-GBP accounts)

Número de cuenta
(pagos en Libras esterlinas con bancos del Reino Unido únicamente)
OR *Account number (GBP UK Bank only)*

En la siguiente tabla, marque la casilla correspondiente a la moneda de su prima.

Please tick the box in the table below that matches your premium currency.

Marque la casilla Tick one	Moneda Currency	Código Swift Swift code	IBAN IBAN	Código Sort Sort code	Número de cuenta Account number	Nombre del banco Bank name	Titular de la cuenta Account name
<input type="checkbox"/>	EUR	CITIGB2L	GB20 CITI 1850 0813 1418 02	18-50-08	13141802	Citibank, London	RL360
<input type="checkbox"/>	GBP	CITIGB2L	GB34 CITI 1850 0813 1420 35	18-50-08	13142035	Citibank, London	RL360
<input type="checkbox"/>	JPY	CITIGB2L	GB26 CITI 1850 0813 1415 00	18-50-08	13141500	Citibank, London	RL360
<input type="checkbox"/>	USD	CITIGB2L	GB54 CITI 1850 0813 1415 78	18-50-08	13141578	Citibank, London	RL360

Dirección del banco

Bank address

La dirección del banco de todas las cuentas anteriores es: Citibank, Citigroup Centre, Canada Square, Canary Wharf, Londres, E14 5LB, Reino Unido.

The bank address for all the above accounts is: Citibank, Citigroup Centre, Canada Square, Canary Wharf, London, E14 5LB, UK.

	Titular de la cuenta/Firmante autorizado 1 Account holder/Authorised Signatory 1	Titular de la cuenta/Firmante autorizado 2 Account holder/Authorised Signatory 2
Firmado por Signed	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre completo Full name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha (dd/mm/aaaa) Date (dd/mm/yyyy)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Instrucción a su banco o sociedad de préstamo inmobiliario para pagar por adeudo directo

Instruction to your bank or building society to pay by Direct Debit

Información importante

Important

Cualquier cambio que afecte a su prima, en particular en caso de incremento automático de prima, se aplicará sin necesidad de instrucción adicional.

Any changes to your premiums, including as a result of automatic premium escalation, will be applied without the need for a further instruction.

Número de usuario del servicio
Service User Number

Nombre y dirección postal completa de su sucursal bancaria o de la sociedad de préstamo inmobiliario
Name and full postal address of your bank or building society branch

Al gestor
To the manager (Bank/Building Society)

Dirección del banco
Bank address

Nombre(s) del(los) titular(s) de la cuenta
Name(s) of account holder(s)

Código Sort del banco - - Número de cuenta
Bank sort code (UK only) Account number

Esta instrucción de adeudo directo se refiere
 a mi póliza con el número de referencia:
This Direct Debit Instruction relates to my policy number, reference:

Instrucción dirigida a su banco o sociedad de préstamo inmobiliario
Instruction to your bank or building society

Les ruego paguen a RL360 Insurance Company Limited Direct Debits desde la cuenta indicada en esta instrucción, sin perjuicio de la protección que ofrece la garantía de adeudo directo. Entiendo que RL360 Insurance Company Limited puede conservar esta instrucción y, en su caso, transferirla por vía electrónica a mi banco o mi entidad de préstamo inmobiliario.
Please pay RL360 Insurance Company Limited Direct Debits from the account detailed in this Instruction, subject to the safeguards assured by the Direct Debit Guarantee. I understand that this Instruction may remain with RL360 Insurance Company Limited and, if so, details will be passed electronically to my bank/building society.

	Titular de la cuenta/Firmante autorizado 1 <i>Account holder/Authorised Signatory 1</i>	Titular de la cuenta/Firmante autorizado 2 <i>Account holder/Authorised Signatory 2</i>
Firmado por <i>Signed</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre completo <i>Full name</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha (dd/mm/aaaa) <i>Date (dd/mm/yyyy)</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Es posible que los bancos y entidades de préstamo inmobiliario no acepten instrucciones de adeudo directo para determinados tipos de cuentas.
Banks and building societies may not accept Direct Debit instructions from some types of account.

El pagador debe recortar y conservar esta garantía.

Garantía de adeudo directo



- Todos los bancos y entidades de préstamo inmobiliario que aceptan instrucciones de pago por adeudo directo ofrecen esta garantía.
- RL360 Insurance Company Limited le notificará cualquier cambio en el importe, fecha o frecuencia de su adeudo directo 14 días laborales antes del adeudo en su cuenta, salvo que se acuerde otro plazo. Si pide a RL360 Insurance Company Limited que cobre un pago, recibirá una confirmación del importe y fecha en el momento de su solicitud.
- Si RL360 Insurance Company Limited, su banco o su sociedad de préstamo inmobiliario comete un error en su pago por adeudo directo, puede exigir a su banco o sociedad de préstamo inmobiliario el reembolso total e inmediato del importe pagado - Si recibe un reembolso al que no tiene derecho, debe devolverlo a RL360 Insurance Company Limited cuando se lo solicite.
- Puede revocar un adeudo directo en cualquier momento poniéndose en contacto con su banco o sociedad de préstamo inmobiliario. Es posible que se le exija una confirmación por escrito. Le rogamos nos notifique tal cancelación.

This guarantee should be detached and retained by the payer.

The Direct Debit Guarantee



- *This Guarantee is offered by all banks and building societies that accept instructions to pay Direct Debits*
- *If there are any changes to the amount, date or frequency of your Direct Debit, RL360 Insurance Company Limited will notify you 14 working days in advance of your account being debited or as otherwise agreed. If you request RL360 Insurance Company Limited to collect a payment, confirmation of the amount and date will be given to you at the time of the request*
- *If an error is made in the payment of your Direct Debit by RL360 Insurance Company Limited or your bank or building society you are entitled to a full and immediate refund of the amount paid from your bank or building society - If you receive a refund you are not entitled to, you must pay it back when RL360 Insurance Company Limited asks you to.*
- *You can cancel a Direct Debit at any time by simply contacting your bank or building society. Written confirmation may be required. Please also notify us.*

Para ponerse en contacto con nosotros, llame o envíe un e-mail a nuestro Centro de Contacto.

T +44 (0)1624 681682
E csc@rl360.com

Sitio web
www.rl360.com

**Oficinas centrales
- Isla de Man**

RL360 House, Cooil Road,
Douglas, Isle of Man,
IM2 2SP, British Isles

T +44 (0)1624 681 681
E csc@rl360.com

**Oficina de representación
- Dubái**

Office 1402, 14th Floor,
Single Business Tower,
Sheikh Zayed Road, Dubai, UAE.

T +971 4378 2700
E dubai@rl360.com

**Oficina regional
- Hong Kong**

Suite 3605, The Center,
99 Queen's Road Central,
Hong Kong.

T +852 3929 4333
E hongkong@rl360.com