



LIFEPLAN
SOLICITUD
APPLICATION
FORM

ÍNDICE

TABLE OF CONTENTS

01

PÁGINA 1
PAGE 1
DATOS PERSONALES
YOUR DETAILS

02

PÁGINA 3
PAGE 3
ASEGURADOS
LIVES ASSURED

03

PÁGINA 6
PAGE 6
REQUISITOS DEL PLAN
PLAN REQUIREMENTS

04

PÁGINA 6
PAGE 6
DATOS DE PAGO
PAYMENT DETAILS

05

PÁGINA 7
PAGE 7
SELECCIÓN DE FONDOS
CHOICE OF FUNDS

06

PÁGINA 7
PAGE 7
INFORMACIÓN SOBRE
EL ESTILO DE VIDA
LIFESTYLE DETAILS

07

PÁGINA 9
PAGE 9
DE CABECERA ACTUAL
CURRENT MEDICAL ATTENDANT

08

PÁGINA 10
PAGE 10
RESIDENCIA Y VIAJES
RESIDENCE AND TRAVEL

09

PÁGINA 11
PAGE 11
PREGUNTAS MÉDICAS
MEDICAL QUESTIONS

10

PÁGINA 15
PAGE 15
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
ADDITIONAL INFORMATION

11

PÁGINA 16
PAGE 16
NOTAS IMPORTANTES
IMPORTANT NOTES

12

PÁGINA 16
PAGE 16
DECLARACIÓN
DECLARATION

13

PÁGINA 19
PAGE 19
INDEMNIZACIÓN TEMPORAL POR
FALLECIMIENTO ACCIDENTAL
TEMPORARY ACCIDENTAL DEATH
BENEFIT

14

PÁGINA 21
PAGE 21
DATOS DEL ASESOR FINANCIERO
FINANCIAL ADVISER DETAILS

15

PÁGINA 22
PAGE 22
LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA
SOLICITUD
APPLICATION CHECKLIST

16

PÁGINA 24
PAGE 24
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
NOMINATION OF BENEFICIARIES

17

PÁGINA 29
PAGE 29
FORMAS DE PAGO
PAYMENT METHODS

CÓMO RELLENAR ESTE FORMULARIO

COMPLETION

Rellene este formulario exclusivamente con LETRA DE MOLDE. Marque las casillas procedentes y siga las instrucciones proporcionadas en cada sección. Antes de entregar su solicitud, use la Sección 15 (Lista de comprobación de la solicitud) para comprobar que nos ha proporcionado toda la información necesaria para procesarla.

Please complete this form using BLOCK CAPITALS throughout. Please tick boxes where applicable and follow the instructions provided in each section. Please use Section 15 - Application Checklist before submitting your application, to make sure that you provide us with everything we need to process your application.

Definición de una "US Specified Person": ciudadano estadounidense o persona con residencia fiscal en los Estados Unidos, que posee un pasaporte estadounidense o una tarjeta verde, que tiene su residencia o una dirección de correspondencia en los Estados Unidos, o que nació en los Estados Unidos y no ha renunciado a la ciudadanía estadounidense. Si desea más información sobre la Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) de los Estados Unidos, consulte la página web www.irs.gov/businesses/corporations/foreign-account-tax-compliance-act-fatca.

US Specified Person means a US citizen or tax resident individual, who either holds a US Passport, a US Green Card, has a US residential/correspondence address or who was born in the US and has not yet renounced their US citizenship. More information on US FATCA can be found at www.irs.gov/businesses/corporations/foreign-account-tax-compliance-act-fatca.

Un ejemplar de la solicitud rellena y de los Términos y Condiciones del plan se encuentra a disposición de las personas interesadas. Tenga en cuenta que su plan podría ser cancelado si omite hechos que podrían influir en nuestra evaluación de su solicitud. Si no sabe si un hecho es relevante, deberá notificarlo.

A copy of the completed application and the plan Terms and Conditions are available on request. You should be aware that your plan could be brought to an end if you fail to tell us any facts which might influence our assessment of your application. If you have any doubt as to whether a fact is relevant, then you should disclose it to us.

Una vez rellena y firmada, envíe su solicitud junto con la documentación complementaria requerida a New Business Team, RL360, International House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles o e-mail newbusiness@rl360.com.

Once you have completed and signed the application you should send it along with all requested additional information to our New Business Team, RL360, International House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles or email newbusiness@rl360.com.

Nótese que la fecha de inicio del plan podría ser aplazada si no rellena por completo la presente solicitud o no facilita la información complementaria requerida.

Please note that the start date of your plan may be delayed if you fail to complete this application in full or provide additional information where required.

La Autoridad de Servicios Financieros de la Isla de Man exige que todas las compañías de seguros de vida de esa plaza comprueben el origen de los fondos que el suscriptor aporta a su plan. Dicha reglamentación refleja el compromiso de la Isla de Man de observar las más estrictas normas de conducta empresarial y combatir el blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo.

The Isle of Man Financial Services Authority requires all Isle of Man life companies to make enquiries as to how an applicant has acquired the monies to be used as payment for their plan. 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 estas reglamentaciones, y ha diferenciado sus productos y los países con los que acepta trabajar como de riesgo estándar o mayor. Hemos clasificado a los países en función de su grado de cumplimiento con las normas de regulación internacionales.

RL360 has adopted a risk-based approach to meet these regulations, categorising our products and countries that we will accept business from into Standard or Higher risk. We have categorised countries according to their level of compliance with international regulatory standards.

Puede obtener de su asesor financiero toda la información sobre los procedimientos de declaración del origen de sus fondos o descargarla siguiendo este enlace: www.rl360.com/sourceoffunds.pdf.

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

Recuerde que nuestros equipos regionales de apoyo pueden ayudarle ya sea por teléfono o por correo electrónico. *Remember, if you need any help, our Regional Support teams are on hand to guide you by telephone or by email.*

Cada vez que se menciona RL360 en esta solicitud, se hace referencia a RL360 Insurance Company Limited. *All references to RL360 within this application form mean RL360 Insurance Company Limited.*

01 DATOS PERSONALES | YOUR DETAILS

Indique el tipo de seguro de vida solicitado

Please indicate which life assured basis you require

- Un solo asegurado
Single life
- Dos asegurados hasta el fallecimiento
cada del primero
Joint life first death
- Dos asegurados hasta el fallecimiento de
uno de ellos
Joint life both death

Suscriptor 1 Applicant 1

Sexo (marque la casilla)
Sex (please tick)

Hombre
Male

Mujer
Female

Tratamiento
(marque la casilla)
Title (please tick)

Señor
Mr

Señora
Mrs

Señorita
Miss

Otro (entero)
Other (in full)

Nombre(s)
First name(s)

Apellido(s)
Last name(s)

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

País de nacimiento
Country of birth

Nacionalidad
Nationality

País de residencia
fiscal
*Country of residence
for tax purposes*

¿Es usted una "US Specified Person"?
Are you a US Specified Person?

Sí
Yes

No
No

Suscriptor 2 Applicant 2

Sexo (marque la casilla)
Sex (please tick)

Hombre
Male

Mujer
Female

Tratamiento
(marque la casilla)
Title (please tick)

Señor
Mr

Señora
Mrs

Señorita
Miss

Otro (entero)
Other (in full)

Nombre(s)
First name(s)

Apellido(s)
Last name(s)

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

País de nacimiento
Country of birth

Nacionalidad
Nationality

País de residencia
fiscal
*Country of residence
for tax purposes*

¿Es usted una "US Specified Person"?
Are you a US Specified Person?

Sí
Yes

No
No

Consulte en las Notas de Ayuda una definición de "Specified US Person" y la información que esta deberá proporcionar.
Please see the Completion Notes for a definition of Specified US Person and for the information a Specified US Person must provide.

Número de identificación fiscal (TIN)

Tax Identification Number (TIN)

Si no tiene TIN, indique un número equivalente que tenga la misma función (p.ej. número nacional de seguro, número de seguridad social, número de residente)
If unavailable, provide a functional equivalent (eg National Insurance Number, Social Security Number, Resident Registration Number)

Domicilio y código postal actuales (enteros)
Current residential address and postcode (in full)

País
Country

Número de teléfono de casa
Home telephone number

Número de teléfono celular
Mobile telephone number

Relación con el suscriptor
Relationship to Applicant 1

Servicios online | Online services

Si desea tener acceso online a la información detallada de su plan, debe facilitarnos la siguiente información.

If you wish to access details of your plan online, you must supply us with the following information.

Dirección de e-mail
Email address

Deberá hacer esto
 solo una vez.

Importante: la contraseña distingue entre mayúsculas y minúsculas.

Password (You will only use this once. Please note that the password is case sensitive).

Indicio de contraseña
Password hint

Correspondencia | Correspondence details

Cuando tengamos que enviarle correspondencia, lo haremos a la dirección que nos indique aquí. Si no indica nada, la enviaremos al domicilio actual del primer suscriptor.

Please note that any correspondence we are required to send to you will be sent to the address you provide here. If no correspondence address is supplied we will use the current residential address of the first applicant.

Dirección y código postal para la correspondencia
Address and postcode for correspondence

¿De quién es esta dirección? Usted Su asesor financiero Un amigo Un familiar
Is this address for
You *Your financial adviser* *A friend* *A family member*

Si esta dirección es para usted, brinde detalles de bienes adicionales.
If this address is for you, please provide details of additional property.

Actividades y responsabilidades exactas | Exact occupation and duties

¿Cuál es su actividad exacta?
What is your exact occupation?

¿Cuál es el nombre y la dirección de su empresa?
What is your company name and address?

¿Cuál es el sitio web de su empresa?
What is your company website?

¿A qué se dedica su empresa?
What is the nature of your business?

Brinde detalles sobre los ingresos devengados/no devengados de cada solicitante procedentes de todo tipo de fuentes, incluidas las bonificaciones.

Please provide details of each of the applicants earned/unearned income from all sources including any bonuses.

Moneda
Currency

01

DATOS PERSONALES CONTINUACIÓN | YOUR DETAILS CONTINUED

Profesionales <i>Earned</i>	Total previsto para este año <i>Expected total this year</i>	<input type="text"/>	Total previsto para este año <i>Expected total this year</i>	<input type="text"/>
	El año pasado <i>Last 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"/>	El penúltimo año <i>Previous year</i>	<input type="text"/>
No profesionales <i>Unearned</i>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Si ha mencionado ingresos no profesionales anuales, proporcione información detallada. <i>If you have stated annual unearned income please provide details.</i>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

02

ASEGURADOS | LIVES ASSURED

El plan puede incluir un seguro de vida para un máximo de 2 personas.
There can be up to 2 lives assured on the plan.

Si uno de los dos suscriptores es uno de los asegurados, indíquelo marcando la casilla correspondiente a continuación y pase a "Información complementaria sobre su actividad" en la siguiente página.
If either applicant is to be a life assured, tick the appropriate box below and proceed to "Additional occupation details" on the next page.

<input type="checkbox"/> El suscriptor 1 está cubierto por el seguro de vida <i>Applicant 1 is a life assured</i>	<input type="checkbox"/> El suscriptor 2 está cubierto por el seguro de vida <i>Applicant 2 is a life assured</i>
--	--

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

	Asegurado 1 <i>Life assured 1</i>	Asegurado 2 <i>Life assured 2</i>
Sexo (marque la casilla) <i>Sex (please tick)</i>	<input type="checkbox"/> Hombre <i>Male</i>	<input type="checkbox"/> Mujer <i>Female</i>
Tratamiento (marque la casilla) <i>Title (please tick)</i>	<input type="checkbox"/> Señor <i>Mr</i>	<input type="checkbox"/> Señora <i>Mrs</i>
	<input type="checkbox"/> Señorita <i>Miss</i>	<input type="checkbox"/> Señorita <i>Miss</i>
	<input type="text"/> Otro (entero) <i>Other (in full)</i>	<input type="text"/> Otro (entero) <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 actuales (enteros) <i>Current residential address and postcode (in full)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Asegurado 1 <i>Life assured 1</i>	Asegurado 2 <i>Life assured 2</i>
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"/> <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"/>
Relación con el suscriptor <i>Relationship to the applicant</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 el nombre y la dirección de su empresa? <i>What is your company name and address?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuál es el sitio web de su empresa? <i>What is your company website?</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 cualquier origen de cada asegurado, incluidos los bonus.
Please provide details of each of the life assured's earned/unearned income from all sources including any bonuses.

Moneda <i>Currency</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profesionales <i>Earned</i>	Total previsto para este año <input type="text"/> <i>Expected total this year</i>	Total previsto para este año <input type="text"/> <i>Expected total this year</i>
	El año pasado <input type="text"/> <i>Last year</i>	El año pasado <input type="text"/> <i>Last year</i>
	El penúltimo año <input type="text"/> <i>Previous year</i>	El penúltimo año <input type="text"/> <i>Previous year</i>
No profesionales <i>Unearned</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si ha mencionado ingresos no profesionales anuales, proporcione información detallada. <i>If you have stated annual unearned income please provide details.</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Información complementaria sobre su actividad**Additional occupation details**

¿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%.)

	Asegurado 1 <i>Life assured 1</i>	Asegurado 2 <i>Life assured 2</i>
a) Gestión de personal, tareas administrativas y de oficina y reuniones <i>a) Managerial, administration, clerical and meetings?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Trabajo cualificado, técnico, manual ligero o de supervisión en un taller o una fábrica* <i>b) Skilled, technical, light manual and supervisory on a shop or factory floor?*</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) Venta (tienda/oficina), venta ambulante, gestión de ventas o asistencia comercial <i>c) Sales (shop/office based), mobile sales, sales management or sales assistance?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d) Trabajo manual cualificado, no cualificado ligero o trabajo de fábrica, incluido el levantamiento de cargas* <i>d) Manual skilled, light unskilled or factory work, including lifting?*</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e) Trabajo no cualificado, manual pesado o de levantamiento de cargas pesadas <i>e) Unskilled work, heavy manual or heavy lifting?</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	= 100%	= 100%

* Facilite todos los datos profesionales en la parte 8 sobre Información adicional.

** Please provide full occupational details in part 8 Additional information.*

	Asegurado 1 <i>Life assured 1</i>	Asegurado 2 <i>Life assured 2</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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
¿Percibe ingresos de alguna otra actividad? <i>Do you receive payment from any other occupation?</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
En caso afirmativo, describa esa actividad <i>If yes, please state other occupation</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

03 REQUISITOS DEL PLAN | PLAN REQUIREMENTS

INFORMACIÓN IMPORTANTE: La siguiente información DEBE coincidir con los datos que figuran en el Documento de Datos Fundamentales.

IMPORTANT: The following information MUST match the details shown on your Key Information Document.

Moneda del plan GBP USD EUR
Plan currency

	Asegurado 1 Life assured 1	Asegurado 2 Life assured 2
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 temporal por fallecimiento? <i>Do you require term life cover?</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
En caso afirmativo, indique el importe deseado de la indemnización y la duración de la cobertura (mínimo 5 años, máximo 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 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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No

04 DATOS DE PAGO | PAYMENT DETAILS

¿Quién efectuará aportaciones al plan? Suscriptor(es) Empleador Cónyuge Otro
The applicant(s) Employer Spouse Other
Who will fund the plan?

Importe
Amount

Frecuencia de los pagos: Mensual Trimestral Semestral Anual
Payment frequency Monthly Quarterly Half-yearly Yearly

Período de pago Vitalicio Período fijo de años
Payment term Whole life Fixed term for years

05

SELECCIÓN DE FONDOS | CHOICE OF 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
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 minimum.

Asegúrese de que los porcentajes invertidos asciendan al 100%.
Please ensure that the percentages invested total 100%.

ISIN ISIN	Nombre del fondo Fund name	Moneda Currency	Porcentaje del pago Percentage of payment
			%
			%
			%
			%
			%
			100%

06

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: "N/A", "-" o "/". Si responde afirmativamente a alguna pregunta, proporcione información complementaria 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.

	Asegurado 1 Life assured 1	Asegurado 2 Life assured 2
6.1 ¿Ya tiene vigente algún plan con nosotros? 6.1 <i>Do you currently have an existing plan with us?</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
En caso afirmativo, indique el número del plan en la casilla correspondiente. <i>If yes, please insert your plan number in the appropriate box</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.2 Indique su estatura 6.2 <i>Please state your height</i>	<input type="text"/> cm <input type="text"/> pies feet <input type="text"/> pulgadas inches	<input type="text"/> cm <input type="text"/> pies feet <input type="text"/> pulgadas inches
6.3 Indique su peso actual 6.3 <i>Please state your current weight</i>	<input type="text"/> libras pounds <input type="text"/> kg kg	<input type="text"/> libras pounds <input type="text"/> kg kg
Excluyendo la pérdida de peso deliberada (p. ej., por dieta) o debido a embarazo, ¿ha perdido más de 6 kg en los últimos 6 meses? <i>Apart from intentional weight loss (e.g diet) or pregnancy, have you lost more than 6kgs in the last 6 months?</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No

		Asegurado 1 Life assured 1	Asegurado 2 Life assured 2
6.4	En los 12 últimos meses, ¿ha consumido productos a base de tabaco? (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, puros, shisha, cigarrillos electrónicos, chicles de nicotina o cualquier otro producto sustitutivo de la nicotina o el tabaco)	<input type="checkbox"/> Sí Yes	<input type="checkbox"/> No No
6.4	<i>In the past 12 months have you used tobacco products? (cigarettes, e-cigarettes, cigars, shisha, vapes, nicotine gum or any nicotine or tobacco replacement products)</i>		
	En caso afirmativo, indique su consumo diario. <i>If yes, please state your daily consumption.</i>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
6.5	¿Existe alguna característica de su estilo de vida, trabajo, 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.	<input type="checkbox"/> Sí Yes	<input type="checkbox"/> No No
6.5	<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>		
6.6	En los últimos 5 años, ¿ha consumido algún tipo de drogas que no sean medicamentos recetados? (por ejemplo, cocaína, LSD, éxtasis, heroína, cannabis, esteroides anabólicos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí Yes	<input type="checkbox"/> No No
6.6	<i>In the last 5 years have you taken any non-prescription drugs? (for example, cocaine, LSD, ecstasy, heroin, cannabis, anabolic steroids etc.)</i>		
6.7	¿Tiene intención de practicar la aviación, excepto como pasajero de pago con compañías aéreas comerciales registradas, o de participar en actividades peligrosas, por ejemplo, buceo, montañismo o carreras de autos? En caso afirmativo, rellene el cuestionario complementario para practicantes de aviación u otro cuestionario específico para practicantes de otras actividades.	<input type="checkbox"/> Sí Yes	<input type="checkbox"/> No No
6.7	<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, mountaineering, motor racing? If yes, please complete the supplementary Aviation Questionnaire or other relevant pursuit questionnaire.</i>		
6.8	¿Tiene intención de salir de su país de residencia declarado al menos 30 días 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.	<input type="checkbox"/> Sí Yes	<input type="checkbox"/> No No
6.8	<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>		
6.9	¿Tiene previsto o tiene intención de pedir una opinión médica en las próximas 8 semanas? En caso afirmativo, proporcione detalles completos en la Sección 10.	<input type="checkbox"/> Sí Yes	<input type="checkbox"/> No No
6.9	<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>		
6.10	¿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.	<input type="checkbox"/> Sí Yes	<input type="checkbox"/> No No
6.10	<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>		

Asegurado 1
*Life assured 1*Asegurado 2
Life assured

6.11 ¿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.

 Sí
Yes
 No
No

 Sí
Yes
 No
No

6.11 *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.*

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.

Asegurado 1
*Life assured 1*Asegurado 2
*Life assured 2*Nombre del médico
*Name of doctor*Número de años con
este médico*Number of years attended*Dirección y código
postal (enteros)
*Address and
postcode (in full)*Dirección de correo
electrónico del/de la
médico/a*Email address of doctor*

País

Country

Fecha de la última consulta (dd/mm/aaaa)

Date of last visit (dd/mm/yyyy)

Motivo de la última
visita (no es necesario
que divulgue
consultas
relacionadas con
gripe o resfriados, a
menos que se
precisara tratamiento
con internación)
*Reason for last visit
(you do not need to
disclose consultations
for flu, colds, unless
inpatient treatment
was required)*

07

DE CABECERA ACTUAL (ESTA SECCIÓN ES OBLIGATORIA) CONTINUACIÓN | CURRENT MEDICAL ATTENDANT (THIS SECTION MUST BE COMPLETED) CONTINUED

	Asegurado 1 <i>Life assured 1</i>	Asegurado 2 <i>Life assured 2</i>
Resultados de la última consulta <i>Results of last visit</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>

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

08

RESIDENCIA Y VIAJES | RESIDENCE AND TRAVEL

	Asegurado 1 <i>Life assured 1</i>	Asegurado 2 <i>Life assured 2</i>
8.1 ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en su país de residencia actual? <i>8.1 How long have you lived in your current country of residence?</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
8.2 Cuánto tiempo tiene previsto permanecer en su país de residencia actual? Si prevé cambiar de país de residencia, proporcione todos los detalles. <i>8.2 How long do intend to stay in your current country of residence? If you intend to change country of residence, please provide full details.</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
8.3 ¿En qué países vivió anteriormente y por cuánto tiempo? <i>8.3 In which countries have you lived previously and for how long?</i>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>
8.4 ¿Su ocupación ha implicado que viajara fuera de su país de residencia en los últimos 2 años? <i>8.4 Has your occupation involved travel outside of your country of residence in the last 2 years?</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No

8.5 En caso afirmativo, brinde detalles que incluyan países concretos visitados, frecuencia de los viajes, fechas y duración de las estadías.

8.5 *If yes, give details including specific countries visited, frequency of trips, dates and duration of stay.*

8.6 ¿Prevé que su profesión requiera viajar fuera de su país de residencia en el futuro?

8.6 *Do you expect your occupation to involve travel outside of your country of residence in the future?*

Sí
Yes

No
No

Sí
Yes

No
No

8.7 En caso afirmativo, brinde detalles como países concretos a visitar, la frecuencia de los viajes, las fechas y la duración de las estadías.

8.7 *If yes, give details including specific countries to be visited, frequency of trips, dates and duration of stay.*

Tenga en cuenta que debe responder de forma completa a todas las preguntas. No se admiten las siguientes respuestas: "N/A", "-" o "/".

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.

Asegurado 1
Life assured 1

Asegurado 2
Life assured 2

9.1 ¿Alguna vez se le aconsejó dejar de fumar tabaco y/o de consumir bebidas alcohólicas por algún motivo en particular? (por ejemplo, razones de salud)

Sí
Yes

No
No

Sí
Yes

No
No

9.1 *Have you ever been advised to give up tobacco and/or alcohol for any specific reason (for example medical grounds)?*

9.2 ¿Ha cambiado sus hábitos de consumo de alcohol o tabaco en los cinco últimos años?

Sí
Yes

No
No

Sí
Yes

No
No

9.2 *Have either your drinking or tobacco habits differed in the last five years?*

9.3 ¿Consumo alcohol?
En caso afirmativo, ¿cuántas unidades por semana? (1 unidad = una única medida de bebidas alcohólicas o 1 vaso de vino (125 ml) o 1/2 pinta (250 ml) de cerveza).

Sí
Yes

No
No

Sí
Yes

No
No

9.3 *Do you drink alcohol?
If Yes, how many units per week? (1 unit = a single measure of spirits or 1 glass of wine (125ml) or 1/2 pint (250ml) of beer).*

¿Sufre o ha sufrido alguna de las siguientes afecciones?
Do you have or have you ever had any of the following?

	Asegurado 1 <i>Life assured 1</i>	Asegurado 2 <i>Life assured</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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No 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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
9.6 ¿Trastornos del sistema digestivo, del hígado o de la vesícula biliar, p.ej. úlcera duodenal, hemorragia intestinal, hepatitis? <i>Disorders of the digestive system, gall bladder or liver e.g. duodenal ulcer, bleeding from the bowel, hepatitis?</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No 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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
9.8 ¿Presenta trastornos nerviosos, neurológicos o psiquiátricos, p. ej. convulsiones, epilepsia, hormigueo y entumecimiento, cefaleas persistentes, parálisis, estado de ansiedad o depresión? <i>Nervous, neurological or mental complaint e.g. fits, epilepsy, pins and needles and numbness, persistent headaches, paralysis, anxiety state, depression?</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
9.9 ¿Trastornos oculares, otorrinolaringológicos o cutáneos, p.ej. secreción ótica, trastornos de la vista, amigdalitis recurrente, porfiria, psoriasis, dermatitis? <i>Ear, eye, nose, throat or skin disorders e.g. ear discharge, defective vision, recurrent tonsillitis, porphyria, psoriasis, dermatitis?</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
9.10 ¿Trastornos o enfermedades musculares, óseas, articulares, de las extremidades o de la columna vertebral p.ej. reumatismo, 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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
9.12 ¿Cáncer, leucemia, tumor o neoplasia de cualquier tipo? <i>Cancer, leukaemia, tumour or growth of any kind?</i>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No
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>	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Sí Yes <input type="checkbox"/> No No

Asegurado 1
Life assured 1Asegurado 2
Life assured

- 9.16 Aparte de lo ya indicado, ¿ha tenido o prevé tener alguna consulta médica (por ejemplo, con un médico, consultor, psiquiatra, clínica, fisioterapeuta, etc.), intervención quirúrgica o asistencia hospitalaria como paciente hospitalizado o ambulatorio? Sí No
Yes No Sí No
Yes No
- 9.16 *Other than already provided, have you had or are you planning to have any medical consultation (for example with a doctor, consultant, psychiatrist, clinic, physio etc), an operation or any attendance at hospital as an inpatient or outpatient?*
- 9.17 Aparte de lo ya indicado, ¿ha tenido alguna enfermedad o afección médica que haya durado más de tres meses o que haya afectado su capacidad para estudiar o realizar actividades cotidianas normales o debido a la cual se haya tomado más de 2 semanas consecutivas de baja laboral? Sí No
Yes No Sí No
Yes No
- 9.17 *Other than already provided, have you had any illness or medical condition that has lasted for more than 3 months or which affected your ability to study or perform normal daily activities or for which you took more than 2 consecutive weeks off work?*
- 9.18 Además de lo ya indicado, ¿ha tenido alguna afección médica que haya requerido internación o ingreso en una unidad de cuidados intensivos (ICU/HDU/ITU)/unidad de cuidados críticos? Sí No
Yes No Sí No
Yes No
- 9.18 *Other than already provided, have you had any medical condition which required admission to hospital or admission to intensive care unit (ICU/HDU/ITU) / critical care unit?*
- 9.19 Antecedentes familiares | Family history

Proporcione información detallada sobre 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 / hermanas sufrieron o murieron a consecuencia de una enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, poliquistosis renal, cáncer, esclerosis múltiple, enfermedad de Huntington o diabetes antes de cumplir 65 años, o si padecían algún otro 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, polycystic kidney disease, cancer, multiple sclerosis, Huntington's Disease or diabetes before the age of 65, or suffered from any other familial/hereditary disorders.

Indique la edad al momento del diagnóstico si su familiar tiene antecedentes de cáncer, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, diabetes, esclerosis múltiple, enfermedad renal o trastorno familiar/hereditario.

Please tell us the age at diagnosis if your relative has a history of cancer, heart disease, stroke, diabetes, multiple sclerosis, kidney disease or from a familial/hereditary disorder.

Díganos el tipo de cáncer que le diagnosticaron inicialmente a su familiar (cáncer primario) si esa persona tiene antecedentes de cáncer, por ejemplo: Cáncer de mama.

Please tell us the type of cancer your relative was first diagnosed with (primary cancer) if they have a history of cancer, for example: Breast Cancer.

Asegurado 1 | Life assured 1

Familiares <i>Relatives</i>	Estado de salud / Afección médica (o si falleció, indique la causa de su muerte) <i>State of health / Medical condition</i> (or if deceased please state cause of death)	Edad al momento de la aparición <i>Age at onset</i>	Edad actual (o su edad cuando falleció) <i>Current age (or age at death)</i>
Padre <i>Father</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madre <i>Mother</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hermanos <input type="text"/> (número de hermanos nacidos) <i>Brothers (number born)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hermanas <input type="text"/> (número de hermanas nacidas) <i>Sisters (number born)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Asegurado 2 | Life assured 2

Familiares <i>Relatives</i>	Estado de salud / Afección médica (o si falleció, indique la causa de su muerte) <i>State of health / Medical condition</i> (or if deceased please state cause of death)	Edad al momento de la aparición <i>Age at onset</i>	Edad actual (o su edad cuando falleció) <i>Current age (or age at death)</i>
Padre <i>Father</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madre <i>Mother</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hermanos <input type="text"/> (número de hermanos nacidos) <i>Brothers (number born)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hermanas <input type="text"/> (número de hermanas nacidas) <i>Sisters (number born)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11 NOTAS IMPORTANTES | IMPORTANT NOTES

Las respuestas incluidas en este formulario se usarán para evaluar su solicitud y, por lo tanto, deberá responderlas de forma completa a su leal saber y entender. Debe proporcionar a RL360 cualquier otra información que pudiera ser relevante e influir en la decisión de aceptar o no su solicitud. Si no sabe si un hecho en particular es relevante, deberá notificarlo. Si oculta información importante, es posible que se anulen sus prestaciones, aunque su solicitud haya sido aceptada formalmente. En tal caso, podrán anularse todas las prestaciones pagadas. Examine detenidamente la declaración antes de firmarla.

The answers provided on this form will be used to assess your application and you must, therefore, answer them fully and to the best of your knowledge and belief. You must also give RL360 any other information which might be relevant and which could influence the decision to accept your application. If you are unsure whether a particular fact is relevant, you should disclose it. Withholding any relevant information may result in the forfeiture of your protection benefits even if your application has been formally accepted. 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 el plan, deberá notificar a RL360 por escrito cualquier cambio en la información que se incluye en las respuestas facilitadas en esta solicitud. RL360 se reserva el derecho de modificar los términos de aceptación de su solicitud o de retirar su aceptación en caso de cambio.

Before the plan comes into force, any change of facts contained in the answers given must be notified to RL360 in writing. RL360 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 ningún plan hasta que RL360 emita una carta de aceptación, que se cumplan todas las condiciones incluidas en la misma y que se emitan las Condiciones Particulares del Plan.

Your application is not binding and no plan will exist until RL360 has issued a letter of acceptance, all conditions therein have been complied with and your Plan Schedule has been issued.

Para obtener todos los detalles, lea los Términos y Condiciones de LifePlan.

Full details can be obtained by reading the LifePlan Terms and Conditions.

12 DECLARACIÓN | DECLARATION

Protección de datos personales | Data protection

La presente solicitud recoge datos personales. Le pedimos datos personales para poder ofrecerle servicios relacionados con la rentabilidad de su plan. Puede pedirnos que dejemos de procesar sus datos personales. Sin embargo, esto podría alterar los servicios que le ofrece RL360 o impedir que sigamos ayudándole. Si desea saber durante cuánto tiempo conservaremos sus datos personales, consulte nuestra política de privacidad en la página web www.rl360.com/privacy. 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 suscriptor, 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.

This form collects your personal data. We require your personal data so we can provide you with services relating to the performance of your plan. You may ask us to stop processing your data, however this may disrupt the services RL360 can provide to you or may stop us being able to assist you. To find out how long we will keep your data, please refer to our privacy policy at www.rl360.com/privacy. Any data you provide to RL360 may be shared, if allowed by law, with other companies both inside and outside of RL360 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 usará sus datos e información personales para administrar su plan, prevenir la delincuencia, perseguir 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.

RL360 will use your data and information to allow for the administration of your plan, 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.

Si desea recibir gratuitamente una copia de sus datos personales, escriba a nuestro responsable de Protección de Datos a la dirección: RL360, International House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles, o envíe un e-mail a dpo@rl360.com. En determinadas circunstancias, nos reservamos el derecho de no enviarle sus datos personales, en cuyo caso le explicaremos los motivos de ello por escrito.

You can receive a copy of the information RL360 holds about you free of charge by writing to our Data Protection Officer at: RL360, International House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles, or by emailing dpo@rl360.com. We can reserve the right to not send you your personal data in some circumstances - if we do we will write to you setting out the reasons why.

Puede consultar nuestra política de privacidad completa en la página web www.rl360.com/privacy o solicitar un ejemplar de la misma a nuestro responsable de Protección de Datos.

Our full privacy policy can be viewed at www.rl360.com/privacy or can be obtained by requesting a copy from our Data Protection Officer.

Cancelación | Cancellation

Entiendo que tengo derecho a cancelar mi plan de la manera descrita en el Documento de Datos Fundamentales y que si baja el valor de los fondos seleccionados, la cantidad que recuperaré podrá ser inferior al importe total de mis pagos. Entiendo asimismo que para cancelar mi plan, tendré que rellenar un Aviso de cancelación y enviarlo a RL360.

I am aware that I have the right to cancel my plan as detailed in the Key Information Document. I understand that the amount I get back may be less than what I paid where my selected funds have fallen in value. I am aware that to cancel my plan I will need to complete the Cancellation Notice and return it to RL360.

Documento de Datos Fundamentales (DDF) | Key Information Document (KID)

Confirmando lo siguiente:

I confirm that:

- He adjuntado un DDF firmado a esta solicitud.
I have included a signed KID with this application
- Los datos proporcionados en el DDF son los mismos que los de esta solicitud.
The details provided in the KID are the same as the details provided in this application
- Entiendo que, si los datos no coinciden, se necesitará un nuevo DDF firmado con la misma información que figura en mi solicitud para que mi plan pueda entrar en vigor.
I understand that if the details don't match, a new signed KID containing the same information as my application will be required before my plan can start
- Entiendo que el DDF expone los pormenores de mi plan y, al firmarlo, reconozco conocer las comisiones aplicables.
I understand that the KID sets out the details of my plan, and by signing it I acknowledge that I am aware of the charges that will be deducted.

Acuerdo final | Final agreement

Reconozco que los siguientes documentos constituyen la base del contrato entre RL360 y yo:

I agree to the following documents forming the basis of the contract between me and RL360:

- La presente Solicitud
this Application Form
- Mi Ilustración personalizada
My personal illustration
- Los Términos y Condiciones
The Terms and Conditions
- Las Condiciones Particulares del Plan
The Plan Schedule
- Los Suplementos a las Condiciones Particulares del Plan, en su caso.
Any Endorsement to the Plan Schedule.

Entiendo que RL360 podrá poner fin a este plan si he omitido ciertos hechos que pudieran influir en su decisión de aprobar esta solicitud.

I accept that RL360 can bring my plan to an end if I have failed to detail any facts that may influence the decision to accept this application.

Confirmando que esta solicitud se firmó en (indicar el país)

I confirm that this application was signed in (give country)

Asesor financiero | Financial adviser

He designado a (razón social) (*company name*) como asesor financiero.

I have appointed

to act as my financial adviser.

Acepto que RL360 revele a mi asesor financiero toda la información relacionada con mi plan. Si decido cambiar de asesor financiero, lo notificaré a RL360 por escrito.

I agree to RL360 disclosing all information relating to my plan to my appointed financial adviser. I will let RL360 know in writing if I decide to change my appointed financial adviser.

Declaración de los asegurados | For lives assured

- 12.1** Declaro haber leído y entendido las notas importantes contenidas en la Sección 11 y que todas mis declaraciones, manuscritas o no, son auténticas y completas. Declaro asimismo que, a mi leal saber y entender, he divulgado toda la información relevante en relación con esta solicitud, esté cubierta o no por las preguntas incluidas en esta solicitud o en cuestionarios adicionales, que pudiera influir en la decisión de RL360 de emitir mi plan.
- 12.1** *I declare that I have read the important notes in Section 11 and that all statements made by me, whether in my handwriting or not, are true and complete. I also declare that to the best of my knowledge and belief, I have disclosed all relevant information concerning this application, whether or not covered by the questions in this application or any supplementary questionnaires which might influence RL360's decision to issue my plan.*
- 12.2** Me comprometo a divulgar a RL360 cualquier cambio en la información revelada en esta solicitud que se produzca antes del inicio del plan.
- 12.2** *I will disclose to RL360 any changes to the information given in this application which occur prior to the commencement of the plan.*
- 12.3** Al firmar a continuación, acepto de forma irrevocable que RL360 solicite a cualquier médico, hospital, establecimiento médico u otra persona, información relativa a mi actividad, salud física o mental, incluidos los resultados de análisis, y autorizo la transmisión de dicha información. Esta autorización seguirá vigente después de mi muerte.
- 12.3** *By signing below I irrevocably consent to RL360 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.*

Declaración de los suscriptores | 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 del plan que suscribo con RL360.
- 12.4** *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 plan with RL360.*
- 12.5** He leído la Guía del Producto y el Documento de Datos Fundamentales del producto y entiendo perfectamente los cargos que puede conllevar.
- 12.5** *I have read the Product Guide and the Key Information Document and I'm aware of the charges that may be levied.*
- 12.6** Acepto que se utilice el modelo de plan estándar de RL360 que contiene sus términos, condiciones y normas habituales para el tipo de prestaciones que solicito. Además, RL360 no estará vinculada de ninguna manera por declaraciones o compromisos de cualquier persona, excepto por los contenidos en el plan emitido. Por otra parte, acepto y reconozco que, sin perjuicio de las declaraciones en contrario hechas por cualquier persona, ningún plan entrará en vigor y RL360 no incurrirá en ninguna responsabilidad a consecuencia de esta solicitud hasta que yo haya realizado el primer pago, que RL360 lo haya recibido y que haya emitido una notificación por escrito de aceptación del riesgo.
- 12.6** *I agree to accept a plan in the form and containing the standard terms, conditions and rules ordinarily used by RL360 for the type of benefits for which I have applied. In addition, RL360 shall not be bound in any way by any representations or undertakings made or given by any person save as contained in the plan as issued. It is further agreed and understood that, notwithstanding any statement made to the contrary by any person, no plan comes into existence and no liability whatsoever will attach to RL360 as a result of this application unless and until the first payment has been received by RL360 and express written notice of acceptance of risk is issued by RL360.*
- 12.7** A mi leal saber y entender, no estoy sujeto a ninguna ley que me prohíba presentar esta solicitud.
- 12.7** *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 el plan a mi asesor financiero y que la he recibido. En base a dicha información, solicito este plan por la presente. Entiendo que la empresa que ofrece el plan es RL360, que está instalada en la Isla de Man y, por lo tanto, está sujeta a las disposiciones de supervisión de la Autoridad de Servicios Financieros (*Financial Services Authority*) del gobierno de la Isla de Man.
- 12.8** *I confirm that on my own initiative I requested and received information about the plan from my financial adviser. On the basis of that information, I hereby apply for this plan. I understand that the plan is offered by RL360 which is established in the Isle of Man and as such is subject to the supervisory arrangements of the Isle of Man Government Financial Services Authority.*
- 12.9** Entiendo que, a menos que haya indicado una dirección de correspondencia diferente en la Sección 01, toda la correspondencia de RL360 en relación con esta solicitud se remitirá al primer suscriptor designado, a la dirección facilitada por ese suscriptor. Estoy consciente de que todas las personas que me aconsejan sobre el plan que solicito actúan en mi representación y no en la de RL360.
- 12.9** *I understand that unless I provide a different address for correspondence in Section 01, all correspondence from RL360 shall be sent to the first named applicant at the permanent address given for that applicant. I acknowledge that any person who is advising me regarding the plan for which I am applying, is acting for me and not on behalf of RL360.*
- 12.10** Me comprometo a divulgar a RL360 cualquier cambio en la información revelada en esta solicitud que se produzca antes del inicio del plan.
- 12.10** *I will disclose to RL360 any changes to the information given in this application which occur prior to the commencement of the plan.*

	Suscriptor 1 <i>Applicant 1</i>	Suscriptor 2 <i>Applicant 2</i>
Fdo. <i>Signed</i>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
Fecha (dd/mm/aaaa) <i>Date (dd/mm/yyyy)</i>	<input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>
	Asegurado 1 <i>Life Assured 1</i>	Asegurado 2 <i>Life Assured 2</i>
Fdo. <i>Signed</i>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
Fecha (dd/mm/aaaa) <i>Date (dd/mm/yyyy)</i>	<input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25px; height: 20px;" type="text"/>
	<p>Otorgo mi consentimiento explícito para que se recojan y procesen mis datos médicos y la información sobre mi estilo de vida</p> <p><i>I give explicit consent to capture and process my medical/lifestyle data</i></p>	<p>Otorgo mi consentimiento explícito para que se recojan y procesen mis datos médicos y la información sobre mi estilo de vida</p> <p><i>I give explicit consent to capture and process my medical/lifestyle data</i></p>

Sujeto a lo siguiente, usted puede ser elegible para la Indemnización temporal por fallecimiento accidental. Se trata del importe de la cobertura básica por fallecimiento que pagará RL360 si fallece en un accidente antes de la fecha de emisión del plan.

Subject to the following, you may qualify for Temporary Accidental Death Benefit. This is an amount of primary life cover that RL360 will pay if you die as a result of an accident prior to your plans issue date.

Condiciones de elegibilidad

Qualifying conditions

- a) Debe enviar una solicitud completa y el primer pago o instrucción de pago a RL360
a) You must submit a fully completed application form and the first payment or payment instruction to RL360
- b) La(s) persona(s) cubierta(s) por el seguro de vida propuesto debe(n) tener entre 18 años y 59 años cumplidos en la fecha de la solicitud firmada
b) The proposed life or lives assured must be between the ages of 18 years and 59 years attained as at the date of the signed application form
- c) La(s) persona(s) cubierta(s) por el seguro de vida propuesto debe(n) ser residente(s) en un país donde esté disponible la Indemnización temporal por fallecimiento accidental en virtud de este producto. Su ilustración personalizada confirmará si este beneficio está disponible para usted o no
c) The proposed life or lives assured must be resident in a country where Temporary Accidental Death Benefit is available under this product. Your personalised illustration will confirm whether this benefit is available to you or not

Cobertura de seguro de vida

Life cover

El importe de la cobertura otorgado por la Indemnización temporal por fallecimiento accidental es el menor entre el importe de la cobertura básica por fallecimiento solicitada y 50,000 libras esterlinas/75,000 dólares estadounidenses/75,000 euros.

The amount of life cover provided under Temporary Accidental Death Benefit is the lesser of the amount of primary life cover applied for or GBP50,000/USD75,000/EUR75,000.

Periodo de cobertura

Period of cover

La Indemnización temporal por fallecimiento accidental comienza en la fecha en que RL360 recibe un formulario de solicitud completo junto con el primer pago o una instrucción de pago válida, hasta la primera de las siguientes fechas:

Temporary Accidental Death Benefit commences from the date RL360 receives a fully completed application form along with the first payment or a valid payment instruction until the earlier of the following dates:

- a) La fecha de entrada en vigencia del plan
a) The date the plan becomes effective
- b) A medianoche (GMT) del día 45 después del inicio de la Indemnización temporal por fallecimiento accidental
b) At midnight (GMT) on the 45th day after Temporary Accidental Death Benefit commenced

- c) La fecha en la que emitimos la confirmación de que la solicitud de cobertura por fallecimiento ha sido denegada
c) The date we issue confirmation that the application for Life cover has been declined

Si la solicitud es para un plan de seguro de vida conjunto y una de las personas aseguradas propuestas fallece durante el periodo de la Indemnización temporal por fallecimiento accidental, la cobertura por fallecimiento de la otra persona asegurada se cancelará con efecto desde la fecha del fallecimiento de la persona asegurada.

Where the application is for a joint life plan and one of the proposed lives assured dies during the Temporary Accidental Death Benefit period, life cover on the other life will be cancelled with effect from the date of death of the deceased life assured.

Motivos Excluidos

Excluded Reasons

Resultan aplicables los Motivos Excluidos cuando el acontecimiento que motiva un reclamo se debe a:

Excluded Reasons apply when any event leading to a claim is caused:

- a) lesiones o secuelas de lesiones autoinfligidas o provocadas deliberadamente por la persona asegurada en cuestión; o
a) by or in consequence of injury which is self-inflicted or in any way deliberately caused by the relevant Life Assured; or
- b) el abuso o consumo inadecuado de alcohol, venenos o fármacos por parte de la persona asegurada en cuestión, con excepción de los que haya recetado un médico calificado; o
b) by abuse and/or misuse by the relevant Life Assured of alcohol or taking of poisons or drugs except as prescribed by a qualified medical practitioner; or
- c) la participación de la persona asegurada en cuestión en un deporte o una persecución peligrosos, que incluyen, pero sin limitar el carácter general de lo que antecede, el alpinismo, el buceo, las carreras de todo tipo, el paracaidismo, la caída libre o cualquier forma de aviación distinta a los viajes como pasajero de pago en una ruta regular o una ruta operada por un servicio de chárter establecido desde y hacia aeropuertos registrados; o
c) by participation of the relevant Life Assured in a hazardous sport or pursuit, including but not limited to mountaineering, underwater diving, speed contests of any kind, parachuting or skydiving or in any form of aviation other than as a fare paying passenger travelling on a scheduled route or a route operated by an established charter service and flying to and from registered airfields; or
- d) la participación activa de la persona asegurada en una guerra, conflicto armado u operación bélica (con o sin declaración de guerra), guerra civil, motín, alborotos que alcancen el grado de sublevación popular, sublevación militar, insurrección, rebelión, disturbios, golpe militar o usurpación del poder, o cualquier acción de una persona que actúe a nombre o en conexión con una organización cuyo objetivo es el derrocamiento de algún gobierno o cuerpo legislativo por la fuerza, un acto de terrorismo o de violencia; o
d) as a consequence of the Life Assured's active involvement in war, hostilities or war-like operation (whether war is declared or not), civil war, mutiny, civil commotions assuming the proportions of or amounting to a popular uprising, military rising, insurrection, rebellion, riot, military or usurped power or any action of any person acting on behalf of or in connection with any organization actively directed towards the overthrow of any government or ruling body by force, terrorism or violence; or
- e) la participación directa o indirecta de la persona asegurada en la producción ilegal, uso, abuso y/o negocio de drogas, sustancias químicas u otras sustancias controladas o consideradas ilegales por cualquier gobierno o autoridad que tenga jurisdicción sobre el uso de tales drogas, sustancias químicas u otras sustancias en cualquier jurisdicción pertinente; o
e) by direct or indirect involvement of the relevant Life Assured in the illegal production of, use or abuse of and/or dealing in, drugs, chemicals or any substances which are controlled or deemed illegal by any government or other authority having jurisdiction over the use of such drugs, chemicals or substances in any relevant jurisdiction; or
- f) la participación directa o indirecta en actividades ilegales o delictivas, perpetradas por la persona asegurada solo o junto con otras personas; o
f) by direct or indirect involvement in activities of an illegal or criminal nature either perpetrated by the relevant Life Assured alone or with other persons; or
- g) el hecho de que la persona asegurada se niegue a consultar a un médico o a seguir el tratamiento recomendado por un médico.
g) as a result of the failure of the relevant Life Assured to take medical advice or to follow treatment recommended by a medical practitioner.

Pago de la indemnización

Payment of claim

La Indemnización temporal por fallecimiento accidental se pagará cuando se reciba una prueba fehaciente del fallecimiento de la(s) persona(s) cubierta(s) por el seguro de vida propuesto, cuando dicho fallecimiento sea causado por una lesión corporal ocasionada directamente por medios accidentales.

Temporary Accidental Death Benefit is payable upon receipt of satisfactory proof of death of the proposed life or lives assured, where such death is caused by a bodily injury resulting directly from accidental means.

El pago se efectuará por una suma única en la moneda del plan propuesto al titular del plan o al representante de la sucesión del titular del plan si es la persona asegurada o el beneficiario designado en la solicitud.

Payment will be by a single lump sum in the currency of the proposed plan and made to the plan owner or the representative of the plan owner's estate if they are the life assured or the beneficiary named in the application form.

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.

Denominación social <i>Company name</i>	<input type="text"/>
Número atribuido al asesor por RL360 <i>RL360 adviser number</i>	<input type="text"/>
Sello del asesor financiero (si no incluye la dirección, indique el domicilio social completo) <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"/>
Nombre del usuario de los servicios online (si está registrado) <i>Online services username (if registered)</i>	<input type="text"/>
Dirección de E-mail <i>Email address</i>	<input type="text"/>
Fdo. <i>Signed</i>	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Esta lista de comprobación le ayudará a asegurarse de que ha proporcionado toda la información que necesitamos para tramitar su solicitud.

This checklist will help make sure you have provided everything we need to process your application.

Comprobante de identidad - obligatorio para todos los suscriptores y asegurados

Verification of identify - must be provided for all applicants and lives assured

Tenga a bien adjuntar una **copia debidamente certificada** de su pasaporte, documento nacional de identidad o registro de conducir con fotografía(s) y firma. Si no está en condiciones de facilitar alguno de estos documentos, explique por qué y póngase en contacto con nosotros para analizar qué otros documentos podrían ser aceptables antes de enviar su solicitud.

*Please send a **suitably certified copy** of your passport, national identity card or drivers licence showing your photograph(s) and signature - if you are unable to provide any of these documents please provide a reason why and contact us to discuss other acceptable documents before sending in your application.*

Suscriptor 1

Applicant 1

He facilitado un comprobante de identidad (marque la casilla para confirmar)
I have provided identification (please tick to confirm)

Si no está en condiciones de facilitar un comprobante de identificación, explique por qué a continuación:

If you are unable to provide ID please confirm why below:

Suscriptor 2

Applicant 2

He facilitado un comprobante de identidad (marque la casilla para confirmar)
I have provided identification (please tick to confirm)

Si no está en condiciones de facilitar un comprobante de identificación, explique por qué a continuación:

If you are unable to provide ID please confirm why below:

Asegurado 1

Life Assured 1

He facilitado un comprobante de identidad (marque la casilla para confirmar)
I have provided identification (please tick to confirm)

Si no está en condiciones de facilitar un comprobante de identificación, explique por qué a continuación:

If you are unable to provide ID please confirm why below:

Asegurado 2

Life Assured 2

He facilitado un comprobante de identidad (marque la casilla para confirmar)
I have provided identification (please tick to confirm)

Si no está en condiciones de facilitar un comprobante de identificación, explique por qué a continuación:

If you are unable to provide ID please confirm why below:

Ilustración y Documento de Datos Fundamentales

Illustration and Key Information Document

Adjunte una ilustración firmada y un Documento de Datos Fundamentales firmado.

Please make sure to include a signed illustration and Key Information Document.

He adjuntado un Documento de Datos Fundamentales firmado (marque la casilla para confirmar)
I have included a signed Key Information Document (please tick to confirm)

He adjuntado una Ilustración firmada (marque la casilla para confirmar)
I have included a signed Illustration (please tick to confirm)

Comprobante de domicilio vigente - obligatorio para todos los suscriptores
Verification of current residential address - must be provided for all applicants

Envíe una **copia debidamente certificada** de al menos uno de los siguientes documentos, por cada suscriptor. Si no está en condiciones de proporcionar alguno de los documentos enumerados a continuación, complete nuestro formulario de confirmación de domicilio residencial para indicarnos los motivos por los cuales no cuenta con tal documentación. El documento le orientará sobre qué otra documentación podría servir. www.rl360adviser.com/generic/downloads/rl158.pdf.

*Please send a **suitably certified copy** of at least one of the following documents for each applicant. If you are unable to provide any of the documents listed below, please complete our confirmation of residential address form to provide us with reasons why no documents are available. The document will guide you on what further documents can be obtained www.rl360adviser.com/generic/downloads/rl158.pdf.*

Marque los documentos que nos ha remitido.

Please tick which documents you have sent us.

Solicitante 1 <i>Applicant 1</i>	Solicitante 2 <i>Applicant 2</i>	Tipo de documento <i>Type of document</i>	Condiciones <i>Conditions</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un estado de cuenta reciente de un banco regulado, sociedad de préstamo inmobiliario o compañía de tarjetas de crédito <i>A recent account statement from a regulated bank, building society or credit card company</i>	<ul style="list-style-type: none"> El documento no debe tener más de seis meses de antigüedad <i>The document must be no more than 6 months old</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un estado de cuenta de préstamo hipotecario reciente de un prestamista regulado <i>A recent mortgage statement from a regulated lender</i>	<ul style="list-style-type: none"> Si el estado de cuenta o la factura se ha emitido en forma electrónica, debe indicar claramente el domicilio de su propiedad <i>If the statement or bill has been issued electronically, it must clearly show the address of your property</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Una factura reciente de contribuciones, impuestos municipales o servicios públicos (no se aceptan facturas de telefonía móvil) <i>A recent rates, council tax or utility bill (mobile phone bills are not acceptable)</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correspondencia de un organismo del gobierno central o local <i>Correspondence from a central or local government agency</i>	<ul style="list-style-type: none"> El documento no debe tener más de 6 meses de antigüedad o, si se emite anualmente, debe ser el más reciente <i>The document should be no more than 6 months old, or the most recent version where issued annually</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registro de conducir con fotografía <i>A photographic driving licence</i>	<ul style="list-style-type: none"> El documento debe estar vigente y ser válido <i>The document must be in date and valid</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Un documento nacional de identidad con fotografía <i>A photographic national identity card</i>	<ul style="list-style-type: none"> No puede usarse el mismo documento para demostrar su identidad <i>The same document cannot be used to evidence your identity</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrato de alquiler entero <i>A full tenancy agreement</i>	<ul style="list-style-type: none"> El contrato debe estar vigente <i>The agreement must be in date</i> El contrato debe estar firmado por todas las partes <i>The agreement must be signed by all parties</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de titularidad de su propiedad, como la confirmación por abogado de la compra del bien o un instrumento legal que reconozca el título sobre la propiedad <i>Proof of ownership of your property, such as lawyer's confirmation of a property purchase or a legal document recognising title to the property</i>	<ul style="list-style-type: none"> El documento debe estar firmado por todas las partes pertinentes <i>The document must be signed by all appropriate parties</i>

Consulte nuestras directrices sobre verificación de identidad y domicilio para más información sobre quiénes pueden certificar adecuadamente su documentación

www.rl360library.com/joint/jt08-identity-and-address-verification-guidelines-for-individual-applicants.pdf.

Please refer to our identity and address verification guidelines for further information on who can suitably certify your documentation - www.rl360library.com/joint/jt08-identity-and-address-verification-guidelines-for-individual-applicants.pdf.

16 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 el plan 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 plan schedule, I hereby (jointly) appoint the beneficiary/ies named below to receive the benefits (represented by all rights to any proceeds payable under the plan by reason of the death of the life assured) in the percentages stated below absolutely.

	Beneficiario 1 <i>Beneficiary 1</i>	Beneficiario 2 <i>Beneficiary 2</i>
Sexo (marque la casilla) <i>Sex (please tick)</i>	<input type="checkbox"/> Hombre <i>Male</i>	<input type="checkbox"/> Mujer <i>Female</i>
Tratamiento (marque la casilla) <i>Title (please tick)</i>	<input type="checkbox"/> Señor <input type="checkbox"/> Señora <i>Mr Mrs</i>	<input type="checkbox"/> Señor <input type="checkbox"/> Señora <input type="checkbox"/> Señorita <i>Mr Mrs Miss</i>
	<input type="checkbox"/> Otro (entero) <i>Other (in full)</i>	<input type="checkbox"/> Otro (entero) <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 actuales (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"/>
País de nacimiento <i>Country of birth</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad <i>Nationality</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de e-mail <i>Email address</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 suscriptor <i>Relationship to the applicant</i>	<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"/> %

Beneficiario 3
Beneficiary 3

Sexo (marque la casilla) Hombre Mujer
Sex (please tick) Male Female

Tratamiento (marque la casilla) Señor Señora Señorita
Title (please tick) Mr Mrs Miss

Otro (entero)
Other (in full)

Nombre(s)
First name(s)

Apellido(s)
Last name(s)

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

País
Country

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

País de nacimiento
Country of birth

Nacionalidad
Nationality

Dirección de e-mail
Email address

Número de teléfono celular
Mobile telephone number

Relación con el suscriptor
Relationship to the applicant

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

Beneficiario 4
Beneficiary 4

Sexo (marque la casilla) Hombre Mujer
Sex (please tick) Male Female

Tratamiento (marque la casilla) Señor Señora Señorita
Title (please tick) Mr Mrs Miss

Otro (entero)
Other (in full)

Nombre(s)
First name(s)

Apellido(s)
Last name(s)

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

País
Country

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

País de nacimiento
Country of birth

Nacionalidad
Nationality

Dirección de e-mail
Email address

Número de teléfono celular
Mobile telephone number

Relación con el suscriptor
Relationship to the applicant

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

	Beneficiario 5 <i>Beneficiary 5</i>	Beneficiario 6 <i>Beneficiary 6</i>
Sexo (marque la casilla) <i>Sex (please tick)</i>	<input type="checkbox"/> Hombre <i>Male</i>	<input type="checkbox"/> Mujer <i>Female</i>
Tratamiento (marque la casilla) <i>Title (please tick)</i>	<input type="checkbox"/> Señor <i>Mr</i>	<input type="checkbox"/> Señora <i>Mrs</i>
	<input type="checkbox"/> Señorita <i>Miss</i>	<input type="checkbox"/> Señorita <i>Miss</i>
	<input type="checkbox"/> Otro (entero) <i>Other (in full)</i>	<input type="checkbox"/> Otro (entero) <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 actuales (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"/>
País de nacimiento <i>Country of birth</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad <i>Nationality</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de e-mail <i>Email address</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 suscriptor <i>Relationship to the applicant</i>	<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 RL360, 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 RL360 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 RL360 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 RL360 for any benefits so paid or applied.

Beneficiarios contingentes | Contingent beneficiaries

RL360 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 beneficiarios.

RL360 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 beneficiarios.

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 suscriptores 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.

Le corresponde al(los) suscriptor(es) 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 ceder el plan. Sin embargo, tal cesión revocará automáticamente la designación de beneficiarios. La designación tiene como efecto que en el momento del fallecimiento del asegurado cubierto por el plan, las indemnizaciones se paguen al(los) beneficiario(s) designado(s). Cuando el pago de indemnizaciones por fallecimiento se realice en virtud de un plan conjunto, RL360 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 the plan. 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 plan's benefits become payable, those benefits shall be paid to the beneficiary/ies nominated. Where death benefits become payable under a jointly owned plan, RL360 will require a signed form of discharge from both the surviving plan owner and the nominated beneficiary/ies.

Declaración | Declaration

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 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 (dd/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date (dd/mm/yyyy)
Suscriptor 1
Applicant 1
Suscriptor 2
Applicant 2

 Firma (del suscriptor)
Signature
(of applicant)

--

--

Testigos:
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)*

--

--

17 FORMAS DE PAGO | PAYMENT METHODS

- Tarjeta de crédito o débito (rellene el formulario de pago con tarjeta en la página 31)
Credit/debit card (please complete the credit card mandate on page 31)
- Domiciliación en cuenta (únicamente para pagos en libras esterlinas desde bancos del Reino Unido y las Islas anglonormandas)
(rellene la orden de domiciliación en la página 33)
Direct debit (GBP payments from UK and Channel Island banks only) (please complete the direct debit instruction on page 33)
- Orden permanente (rellene la orden permanente en la página 35)
Standing order (please complete the standing order instruction on page 35)
- Transferencia telegráfica (indique los datos bancarios a continuación)
Telegraphic transfer (please complete the banking details below)
- Cheque (únicamente para pagos semestrales o anuales) (indique los datos bancarios a continuación)
Cheque (half-yearly or yearly payment only) (please complete the banking details below)

Pagos por cheque o transferencia telegráfica | Payments by telegraphic transfer or cheque

Confirme los datos de la cuenta bancaria con la que efectuará sus pagos.

Please confirm the details of the bank that you will be making payment from.

Si desea recurrir a una casa de cambio para efectuar sus transferencias (solo se permite para pagos trimestrales, semestrales o anuales), compruebe previamente que haya sido aprobada por RL360. Indique asimismo a continuación los datos de la cuenta bancaria de donde procede el pago, junto con una pista de auditoría como comprobante de la transferencia.

If you want to use a Currency Exchange House to transfer your payment to us (quarterly, half-yearly or yearly payments only), please ensure that it has been approved by RL360 first. Please also provide your bank account details below from where the payment originates, along with a full audit trail to evidence the transfer to us.

Nombre del banco
Bank name

Dirección y código postal del banco
Bank address and postcode

Nombre del titular de la cuenta
Account holder's name

Código SWIFT de la sucursal
(para todos los pagos internacionales o en una moneda distinta a la libra esterlina)
Branch SWIFT code (for all non-GBP and international payments)
SWIFT code must be either 8 or 11 digits

Código Sort - -
(únicamente para pagos en libras esterlinas desde el Reino Unido)
OR *Bank sort code (for UK GBP payments only)*

IBAN / Número de cuenta
(todas las cuentas que no estén del Reino Unido)
IBAN/account number (all non-GBP accounts)

Número de cuenta
(únicamente en libras esterlinas en un banco denominadas en libras esterlinas)
OR *Account number (GBP UK Bank only)*

Cuenta abierta desde hace Años meses
Account held for years months

Transferencia telegráfica | Telegraphic transfer

Si realiza aportaciones a su póliza por transferencia telegráfica, pida a su banco que indique su nombre y número de plan en la referencia.

If you are paying into your plan by telegraphic transfer please instruct your bank to quote your name and plan number as a reference.

El pago debe proceder de la cuenta bancaria indicada a continuación.

Your payment must come from the bank account detailed above.

NOTA IMPORTANTE: algunas entidades bancarias pueden aplicar comisiones para la tramitación de pagos internacionales. Pregunte a su banco si aplica comisiones antes de enviar la transferencia a RL360. En caso afirmativo, asegúrese de que la cantidad que transfiera su banco sea suficiente para que la cantidad recibida sea igual o superior al importe adeudado.

IMPORTANT: some banking institutions may deduct charges for processing international payments. Please check with your bank if any charges apply prior to transferring your payment to us. If they do, please make sure that the amount your bank transfers is enough, so that the remaining amount received is at least equal to the amount due.

Le rogamos que realice su pago a la cuenta bancaria de RL360 Insurance Company Limited indicada a continuación.

Please make your payment to RL360 Insurance Company Limited through the appropriate bank below.

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
EUR	CITIGB2LXXX	GB20 CITI 1850 0813 1418 02	18-50-08	13141802	Citibank, London	RL360
GBP	CITIGB2LXXX	GB34 CITI 1850 0813 1420 35	18-50-08	13142035	Citibank, London	RL360
USD	CITIGB2LXXX	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, London, E14 5LB, Reino Unido.

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

Cheque (únicamente en caso de pagos semestrales y anuales) | Cheque (half-yearly or yearly payment only)

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

Please send your cheque, made payable to RL360 Insurance Company Limited to RL360, International 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 laborables, 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.



PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO CREDIT AND DEBIT CARD MANDATE

Información importante | Important

Sólo admitimos tarjetas que lleven uno de los logotipos que figuran arriba y cuyo prefijo sea "3", "4" o "5".
We are only able to accept cards with one of the logos above and prefixed with a '3', a '4' or a '5'.

La cantidad máxima que podemos cargar en su tarjeta de crédito es 99,999.99 Libras Esterlinas (o su contravalor en otra moneda) por cada pago.

The maximum amount that can be collected by credit card is GBP99,999.99 (or currency equivalent) per payment.

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

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

Moneda Currency	<input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> EUR
Importe de los pagos con números Payment amount in figures	<input type="text"/>
Importe de los pagos con letras Payment amount in words	<input type="text"/>
Frecuencia de los pagos Payment frequency	<input type="checkbox"/> Mensual Monthly <input type="checkbox"/> Trimestral Quarterly <input type="checkbox"/> Semestral Half-yearly <input type="checkbox"/> Anual Yearly
Fecha de inicio (dd/mm/aaaa) Starting on (dd/mm/yyyy)*	<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"/> <p>* esta fecha vale únicamente para el pago inicial; posteriormente, los pagos se deducirán 2 días laborables antes de su fecha de vencimiento. Tenga en cuenta que si no se proporciona una fecha, utilizaremos la primera fecha en la que se hayan cumplido todos los requisitos pendientes. * this applies to initial payment only, future payments are deducted 2 working days prior to the payment due date. Please note if no date is provided, we will use the first date at which all outstanding requirements have been met.</p>
Tipo de tarjeta Card type	<input type="checkbox"/> Mastercard/Eurocard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> American Express*
	<p>* El importe que cargaremos a su tarjeta será un 1% mayor que el importe del pago con el fin de cubrir los cargos adicionales que aplica American Express. * The amount we collect from your card will be 1% higher than your payment amount to cover additional charges applied by American Express.</p>
Tarjeta emitida por Card issued by	<input type="text"/> (nombre del banco) (name of bank)
País de emisión de la tarjeta Country of card issuer	<input type="text"/>
Nombre(s) del titular de la tarjeta (es obligatorio que sea uno de los suscriptores) Cardholder's name(s) (must be an applicant)	<input type="text"/>

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA DIRECT DEBIT INSTRUCTION

LIFEPLAN

Información importante | Important

Únicamente para pagos en libras esterlinas desde bancos del Reino Unido e Islas Anglonormandas.
GBP payments from UK and Channel Island banks only.

Cualquier cambio que afecte a su pago se aplicará sin necesidad de emitir una orden adicional.
Any changes to your payment 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 director Banco o sociedad de préstamo inmobiliario
To the manager (Bank/Building Society)

Dirección del banco
Bank address

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

Código Sort del banco - - Número de cuenta
Bank sort code Account number

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

Les ruego paguen a RL360 Insurance Company Limited adeudos domiciliados en la cuenta indicada en esta orden, sin perjuicio de la protección que ofrece la garantía de domiciliación. Entiendo que RL360 Insurance Company Limited puede conservar esta orden y, en su caso, transferirla por vía electrónica a mi banco o 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 1 Account holder 1	Titular de la cuenta 2 Account holder 2
Fdo. Signed	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre completo Full name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de recepción (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"/>	<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 órdenes de domiciliación para determinados tipos de cuentas.

Banks and building societies may not accept Direct Debit instructions from some types of account

La persona que efectúa el pago debe recortar y conservar esta garantía.

GARANTÍA DE DOMICILIACIÓN

- *Todos los bancos y entidades de préstamo inmobiliario que aceptan órdenes de domiciliación ofrecen esta garantía.*
- *Si se produce algún cambio en el importe, fecha o frecuencia de los adeudos domiciliados, RL360 Insurance Company Limited le notificará 14 días laborables antes de efectuar el cargo a 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 entidad de préstamo inmobiliario cometen algún error de pago por domiciliación, usted tendrá derecho a exigir a su banco o entidad de préstamo inmobiliario el reembolso total e inmediato del importe pagado. Si recibe un reembolso al que no tiene derecho, tendrá a su vez la obligación de reembolsarlo a RL360 Insurance Company Limited cuando se lo solicite.*
- *Puede revocar una domiciliación en cualquier momento poniéndose en contacto con su banco o entidad de préstamo inmobiliario. Es posible que se le exija una confirmación por escrito. Le rogamos nos notifique tal revocación.*

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.*

ORDEN PERMANENTE STANDING ORDER INSTRUCTION

Información importante | Important

Si desea modificar posteriormente el importe que aporta a su plan, deberá rellenar una nueva orden permanente. Si desea modificar la orden permanente, tendrá que hacerlo directamente a través de su banco. Si ha establecido una orden permanente directamente con su banco, continúe completando este documento para nuestros registros.

Al marcar la casilla a continuación, confirma que no desea que RL360 emita esta orden permanente con su banco.

If you wish to change the amount you pay into your plan at a later date, 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.

If you have set up a standing order with your bank directly, please continue to complete this document for our records.

*By ticking this box below, you confirm that you do **not** wish for RL360 to set up this standing order with your bank.*

Al director Banco o sociedad de préstamo inmobiliari
To the manager (Bank/Building Society)

Dirección del banco
Bank address

Referencia del plan
Plan reference

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 GBP USD EUR
Currency

Importe de los pagos
con números
Payment amount in figures

Importe de los pagos con letras
Payment amount in words

Frecuencia de los pagos Mensual Trimestral Semestral Anual
Payment frequency Monthly Quarterly Half-yearly Yearly

Fecha de inicio de los pagos
(dd/mm/aaaa)
Payment start date (dd/mm/yyyy)

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

Código SWIFT de la sucursal
 (para todos los pagos internacionales o en una moneda distinta a la libra esterlina)
Branch SWIFT code
 (for all non-GBP and international payments)
 SWIFT code must be either 8 or 11 digits

Código Sort -
 (únicamente para pagos en libras esterlinas desde el Reino Unido)
 Bank sort code
 (for UK GBP payments only)

IBAN / Número de cuenta
 (todas las cuentas que no estén del Reino Unido)
IBAN/account number
 (all non-GBP accounts)

Número de cuenta
 (únicamente en libras esterlinas en un banco denominadas en libras esterlinas)
 Account number
 (GBP UK Bank only)

En la tabla que figura a continuación, marque la casilla correspondiente a la moneda de su plan.
 Please tick the box in the table below that matches your plan currency.

Marque solo una casilla <i>Tick one</i>	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>
<input type="checkbox"/>	EUR	CITIGB2LXXX	GB20 CITI 1850 0813 1418 02	18-50-08	13141802	Citibank, London	RL360
<input type="checkbox"/>	GBP	CITIGB2LXXX	GB34 CITI 1850 0813 1420 35	18-50-08	13142035	Citibank, London	RL360
<input type="checkbox"/>	USD	CITIGB2LXXX	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, London, 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 1
Account holder 1

Fdo.
Signed

Nombre completo
Full name

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

Titular de la cuenta 2
Account holder 2

RL360 Insurance Company Limited

T +44 (0)1624 681681

C csc@rl360.com

Domicilio social: International House,
Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP,
British Isles, con el número 053002C.
RL360 Insurance Company Limited ha
sido autorizada por la *Isle of Man Financial
Services Authority* (Autoridad de Servicios
Financieros de la Isla de Man).

LP05e_ESP 05/24

**LE PROTEGEMOS
CUANDO LAS COSAS
NO SALEN SEGÚN
EL PLAN**