

Solicitud de Plan de Ahorro con Seguro de Vida



INTERNATIONAL

A division of Morgan White Group

75 Valencia Avenue, Suite 801
Coral Gables, FL 33134

Opciones de Cobertura de Vida	Opciones de Ahorro en Efectivo
Cobertura de Vida Premier _____ (iniciales)	Plan de Ahorro Garantizado _____ (iniciales)
Cobertura de Vida Basica* _____ (iniciales)	Plan de Ahorro Principal Garantizado _____ (iniciales)

*Si selecciona la Opción de Cobertura de Vida Basica, no es necesario que complete la Parte I, la Parte II, o la Parte III de esta solicitud.

Monto de Ahorro en efectivo	Termino que está solicitando
\$	10 años 15 años 20 años 25 años

Asegurado principal

Nombre	Apellido	Inicial	Sexo	¿Fumador? Sí No
País de nacimiento	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Edad	Altura (pies/pulgadas)	Peso (lbs)
Dirección	Ciudad	País	Código postal	
Dirección postal	Ciudad	País	Código postal	
Ocupación	Teléfono/Celular			
País de nacionalidad	Dirección de correo electrónico (no puede ser el correo electrónico del agente)			

Dueño de la póliza

Nombre	Apellido	Inicial		
País de nacimiento	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Edad	Sexo	
Dirección	Ciudad	País	Código postal	
Dirección postal	Ciudad	País	Código postal	
Ocupación	Teléfono/Celular			
País de nacionalidad	Dirección de correo electrónico (no puede ser el correo electrónico del agente)			

Dueño Contingente

Nombre	Apellido	Inicial		
País de nacimiento	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Edad	Sexo	
Dirección	Ciudad	País	Código postal	
Dirección postal	Ciudad	País	Código postal	
Ocupación	Teléfono/Celular			
País de nacionalidad	Dirección de correo electrónico (no puede ser el correo electrónico del agente)			

Parte I Preguntas *Conteste en su totalidad*

Para respuestas afirmativas, dé detalles abajo en la sección de "Parte II Detalles" o complete el cuestionario apropiado requerido por la compañía.

Parte A: Preguntas no médicas		Sí	No
1. ¿Le han negado, pospuesto, o cobrado una prima adicional para seguro de vida?			
2. ¿Planea viajar a algún país(es) extranjero(s) dentro de los próximos dos años? Qué país(es)?			
3. En los últimos 10 años usted:			
a	¿Ha piloteado o sido miembro de la tripulación de una aeronave, ha volado en un globo o algún planeador o aparato similar, o realizó saltos aéreos?		
b	¿Ha sido piloto de automovilismo deportivo, buzo, paracaidista, alpinista o participado en un pasatiempo peligroso?		
c	¿Ha sido encontrado culpable de conducir ebrio, de alguna ofensa criminal o está actualmente encarcelado o libre bajo fianza o ha sido secuestrado o ha pagado un rescate o ha tenido amenaza(s) de muerte?		
d	¿Ha sido encontrado culpable de cuatro o más violaciones de tránsito, o se le ha suspendido su licencia de conducir?		
e	¿Usted toma alcohol en exceso, ha sido tratado por el uso de alcohol o ha asistido a un grupo de asistencia mutua para que le ayude a dejar el uso de alcohol?		
f	¿Ha usado cocaína, marihuana, heroína, anfetaminas, narcóticos, estimulantes o alguna otra droga ilegal o sustancia controlada?		

Parte B: Preguntas médicas		Sí	No
1. Alguna vez ha tenido, o recibido consulta médica o tratamiento para:			
a	¿Presión arterial alta, infarto cerebral, anemia, dolor en el pecho, ataques del corazón, enfermedades de la sangre, del corazón, arterias o venas?		
b	¿Úlceras o enfermedades del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o recto?		
c	¿Prediabetes, diabetes, cáncer, tumores, fibrosis quística, enfermedades autoinmune, leucemia, o desorden del páncreas, tiroides, sistema adrenal, linfático u otras glándulas?		
d	¿Epilepsia, convulsiones, desórdenes mentales o sistema nervioso, parálisis, o enfermedades del cerebro?		
e	¿Enfermedades del riñón, de la vejiga, órganos genitales, o tenido azúcar, albúmina o sangre en la orina?		
f	¿Asma, enfisema, tuberculosis, bronquitis crónica o enfermedad en los pulmones, pecho o garganta?		
2. ¿En los últimos 6 meses, ha sufrido una pérdida súbita de peso involuntaria de más de 10 libras?			
3. Excepto en las respuestas anteriores, en los últimos 5 años usted:			
a	¿Ha sido admitido en un hospital, centro de tratamiento u otra institución médica?		
b	¿Ha sido tratado por síndrome de inmunodeficiencia adquirida o tenido una prueba positiva para el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH?		
c	¿Ha consultado usted un médico por cualquier motivo?		
d	¿Ha solicitado o recibido indemnización por alguna incapacidad física o mental?		
e	¿Ha sido aconsejado a someterse a alguna cirugía, tratamiento o a algún examen para diagnóstico que no ha sido completado?		
4. ¿Está tomando actualmente o ha tomado medicamentos para cualquier enfermedad o condición no mencionada arriba?			

Parte C: Preguntas sobre el tabaco y el consume de tabaco		Sí	No
1. ¿Fuma usted?			
2. ¿Cigarrillos?			
a	¿Si su respuesta es "Sí," cuantos por día?		
3. ¿Cigarrillos, Pipa, Cigarrillos Electrónicos o cualquier otra forma de tabaco?			
a	Si su respuesta es "Sí," especifique que tipo y la frecuencia.		

Entrevista telefónica Le informamos que puede ser contactado por un representante para verificar su historial de salud.

El mejor momento para llamar sería: _____ a.m. _____ p.m. Números de telefono: _____

Parte II Detalles Proporcione todos los detalles abajo

Si respondió "Sí" por cualquier pregunta en "Parte I Preguntas" por favor complete el cuestionario apropiado o dé detalles abajo:

Pregunta #	Nombre de la persona tratada	Diagnóstico, Tratamientos, y Resultados	Fecha Día/Mes/Año	Nombre del médico/ Detalles de hospital

Parte III Información sobre Seguro

Parte A: Preguntas de Seguros Existentes y Pendientes					Sí	No
1. ¿Tiene usted actualmente alguna póliza de seguro de vida activa, o tiene alguna solicitud pendiente en alguna compañía?						
2. ¿Tiene la intención de reemplazar alguna póliza existente con esta?						
Si su respuesta a Pregunta 1 es "Sí," por favor proporcione la siguiente información abajo:						
Compañía	Número de póliza	Monto asegurado US\$	Monto asegurado por muerte accidental US\$	Año de Emisión		

Información del Beneficiario El porcentaje total de participación del beneficiario designado debe ser igual al 100%.

Beneficiario Primario <small>(Utilice la última página de la aplicación para enumerar más según como necesario.)</small>					Porcentaje:	%
Nombre	Apellido	Relación	Edad	Fec. de Nac. (Día/Mes/Año)		
Dirección	Ciudad	País & Código postal	Teléfono			
Dirección postal	Ciudad	País & Código postal				
Beneficiario Contingente <small>(Utilice la última página de la aplicación para enumerar más según como necesario.)</small>					Porcentaje:	%
Nombre	Apellido	Relación	Edad	Fec. de Nac. (Día/Mes/Año)		
Dirección	Ciudad	País & Código postal	Teléfono			
Dirección postal	Ciudad	País & Código postal				

Frecuencia de Pago	Modo de Pago
Anual <small>(el termino de 10 años es Anual solamente)</small>	Cheque <small>(haga pagadero a: MWAI Premium Trust 3)</small>
Semestral	Tarjeta de Crédito
Mensual	Transferencia Bancaria <small>(cargo de \$15.00)</small>

Prima Total <small>(Esta cantidad debe coincidir con la prima total que aparece en el PDF de la Propuesta)</small>	\$
---	----

Al momento de recibir su solicitud de nuevo negocio, usted recibirá su **número de certificado**. Úselo junto con la dirección de correo electrónico de la solicitud para registrarse y realizar su pago en el **Portal de Pagos**.

Declaración del Solicitante

Entiendo que el corredor, agente o agencia que me recibe esta solicitud es un representante independiente y actúa en mi nombre y no el administrador ni la compañía de seguros que ofrece este plan, ni el Administrador, ni la Compañía que ofrece este seguro pueden ser considerados responsables de ninguna circunstancia si el corredor, agente o agencia que está tomando esta solicitud no transmite o comunica, ahora o en el futuro, cualquier documentación o fondos del administrador a mí y/o cualquier documentación o fondos de mi parte al administrador. Todos los pagos de primas deben hacerse a nombre de la Compañía. La Compañía no es responsable de los pagos realizados en efectivo o pagaderos a un tercero.

Entiendo que el corredor, agente o agencia que recibe esta solicitud no tiene autoridad para modificar o eliminar a ninguna porción de esta solicitud o ninguna cobertura, condición o restricción contenida en el plan solicitado y que toda la información requerida en esta solicitud debe establecerse por escrito en la solicitud. También, entiendo que esta solicitud, en la que el propietario del contrato lo haya solicitado, pasará a formar parte del contrato que se emitirá.

Se entiende que el contrato solicitado no entrará en vigor hasta que esta solicitud sea aprobada y aceptada por la compañía, se realice el pago total de la prima del primer término y el contrato emitido esté sujeto a todas las condiciones y restricciones contenidas en el mismo. Entiendo que este contrato no está disponible para residentes permanentes de los Estados Unidos, Corporaciones de los Estados Unidos u otras personas que residen en los Estados Unidos.

Firma del propuesto asegurado o tutor del asegurado

Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Firma del dueño (si es diferente al propuesto asegurado)

Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Firma del dueño contingente (si es diferente al propuesto asegurado)

Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Autorización Médica

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica o cualquier institución médica o relacionada con la medicina, el Buró de Informaciones Médicas (Medical Information Bureau, Inc. MIB) y otras organizaciones, agencias de reportes al consumidor, compañía de seguro o reaseguro, institución o persona que tenga conocimiento de mí o de mi salud, incluyendo a cualquier miembro de mi familia, a facilitar a MWG International, en su carácter de administradores de mi compañía de seguro, o cualquier compañía de reaseguro o sus representantes legales, cualquiera y toda la información. La naturaleza de la información autorizada a ser revelada incluye información sobre todas las evaluaciones médicas, atención, tratamiento, diagnósticos o consultas proveídas al asegurado que suscribe, o mis dependientes. Entiendo que la información obtenida mediante el uso de esta autorización será utilizada por el asegurador que provee el seguro y sus reaseguradores para determinar la elegibilidad y el pago de los beneficios de reclamación bajo este contrato. Instruyo que a una copia de esta autorización se le conceda la misma fuerza y efecto que al original. Esta autorización permanecerá válida mientras este contrato esté vigente.

Firma del propuesto asegurado o tutor del asegurado

Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Firma del dueño (si es diferente al propuesto asegurado)

Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Firma del dueño contingente (si es diferente al propuesto asegurado)

Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Yo personalmente suscribí y complete la solicitud. Todas las preguntas médicas y no-médicas fueron hechas al propuesto asegurado y sus respuestas fueron escritas exactamente como fueron dadas.

Representante de ventas/Testigo: _____ Código: _____

Correo electrónico del agente: _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Si aplicable,

Firma del dueño contingente: _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Envíe por correo electrónico la solicitud y la propuesta completas a:
newbuss@morganwhiteintl.com

Beneficiarios Adicionales (opcional)

El porcentaje total de participación del beneficiario designado debe ser igual al 100%.

Beneficiario Primario 2					Porcentaje:	%
Nombre	Apellido	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)		
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal	Teléfono			
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal				

Beneficiario Primario 3					Porcentaje:	%
Nombre	Apellido	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)		
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal	Teléfono			
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal				

Beneficiario Primario 4					Porcentaje:	%
Nombre	Apellido	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)		
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal	Teléfono			
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal				

Beneficiario Contingente 2					Porcentaje:	%
Nombre	Apellido	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)		
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal	Teléfono			
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal				

Beneficiario Contingente 3					Porcentaje:	%
Nombre	Apellido	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)		
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal	Teléfono			
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal				

Fideicomisario (requerido si se incluye a un menor como Beneficiario) 1					Porcentaje:	%
Nombre	Apellido	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)		
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal	Teléfono			
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal				

Fideicomisario (requerido si se incluye a un menor como Beneficiario) 2					Porcentaje:	%
Nombre	Apellido	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)		
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal	Teléfono			
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal				