

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 ahorro

Plan de Ahorro Garantizado _____ (iniciales)
Plan de Ahorro Principal Garantizado _____ (iniciales)

Asegurado principal

Apellido	Nombre	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

Apellido	Nombre	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

Apellido	Nombre	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)				

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

Información del Beneficiario *Utilice la última página de la aplicación para enumerar más según como necesario*

Nombre(s) del Beneficiario Primario	Relación	Edad	Fec. de Nac. (Día, Mes, Año)	Monto
Nombre(s) del Beneficiario Contingente	Relación	Edad	Fec. de Nac. (Día, Mes, Año)	Monto

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.

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

Depósito

Depósito Anual: \$ _____

Mensual (.092+\$2) Semestral (.55) Trimestral (.275) x prima anual

Depósito a pagar: \$ _____

Frecuencia de Pago

Anual Semestral Mensual* Trimestral

*La opción de pago mensual esta disponible solamente para las primas mayores de \$500 dólares

Modo de Pago

Cheque* Tarjeta de Crédito Transferencia Bancaria*

*Un cargo de \$15.00 aplica para transferencias bancarias
*Por favor haga los cheques pagaderos a MWAll Premium TrustAl momento de recibir su solicitud de nuevo negocio, usted recibirá un **número de cliente** y su **número de certificado**. Por favor, utilice esos números para ingresar al [Portal de Pagos](#).

Beneficiarios Adicionales (opcional)

Beneficiario Primario 4				
Nombre	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)	Monto
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal		Teléfono
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal		
Beneficiario Primario 5				
Nombre	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)	Monto
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal		Teléfono
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal		
Beneficiario Primario 6				
Nombre	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)	Monto
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal		Teléfono
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal		
Beneficiario Contingente 4				
Nombre	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)	Monto
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal		Teléfono
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal		
Beneficiario Contingente 5				
Nombre	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)	Monto
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)				
Nombre	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)	Monto
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)				
Nombre	Relación	Edad	Fec. de nac. (Día/Mes/Año)	Monto
Dirección de casa	Ciudad	País y Código postal		Teléfono
Dirección de envío	Ciudad	País y Código postal		