Solicitud de
Plan de Ahorro con Seguro de Vida

MWG 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*
$	❑ 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	¿Ulceras 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 siguente 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) x prima anual

Depósito a pagar: $ _____

Frecuencia de Pago

❑ Anual ❑ Semestral ❑ Mensual*

**La opción de pago menual 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 MWAII Premium Trust*

*Al 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**.*

Declaración del Solicitante

Comprendo que el representante de ventas que recibe esta solicitud no tiene autoridad para modificar o eliminar ninguna porción de esta o ninguna cobertura, condición o restricción contenida en el contrato solicitado, y que toda la información requerida en la solicitud debe ser establecida en la misma. Tambien entiendo que la solicitud, mediante la cual el contratante ha solicitado, pasará a formar parte del contrato que se emitió.

Comprendo que el representante de ventas, recibiendo esta solicitud de mi parte, es un representante independiente que actúa a mi favor y no a favor de la administradora o la compañía. Ni la administradora, ni la compañía que ofrece este plan pueden ser considerados responsables por cualquier circunstancia, si el representante de ventas fallara, ahora o en el futuro, en transmitir o comunicar cualquier documentación o fondos a la administradora, que fueran destinados a mi y/o cualquier documentación o fondos de mi para la administradora.

Queda entendido que el contrato de ahorro solicitado no estará vigente hasta que la solicitud sea aceptada y aprobada, el pago total de la prima del primer término se haga y el contrato sea emitido, sujeto a todas las condiciones y restricciones aquí contenidas. Comprendo 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.

_____ Fecha _____ /_____ /_____
Firma del propuesto asegurado o tutor del asegurado Día Mes Año

_____ Fecha _____ /_____ /_____
Firma del dueño *(si es diferente al propuesto asegurado)* Día Mes Año

_____ Fecha _____ /_____ /_____
Firma del dueño contingente *(si es diferente al propuesto solicitante)* Día Mes Año

Autorizacíon Médica

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica o cualquier institución medica 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 benefcios 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.

_____ Fecha _____ /_____ /_____
Firma del propuesto asegurado o tutor del asegurado Día Mes Año

_____ Fecha _____ /_____ /_____
Firma del dueño *(si es diferente al propuesto asegurado)* Día Mes Año

_____ Fecha _____ /_____ /_____
Firma del dueño contingente *(si es diferente al propuesto solicitante)* Día Mes Año

Yo personalmente suscribí y complete la solicitud. Todas las preguntas, médicas y no-médicas fueron hechas a cada uno de los propuestos contratantes y sus respuestas fueron escritas exactamente como fueron dadas.

Representante de ventas/Testigo: _____ Código: _____

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

Si aplicable,
Firma del dueño contingente requerida: _____ Fecha _____ /_____ /_____
Día Mes Año

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:** _____

Envie la solicitud completada a la siguiente dirección:

MWG International • 75 Valencia Avenue, Suite 801 • Coral Gables, FL 33134
Teléfono: (305) 422-0899 • Fax: (305) 422-0961 • Correo electrónico: newbuss@morganwhiteintl.com

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 envio	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 envio	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 envio	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 envio	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 envio	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 envio	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 envio	Ciudad	País y Código postal		