

Solicitud para Plan de Ahorro Internacional



INTERNATIONAL

A division of Morgan White Group

75 Valencia Ave, Suite 801
Coral Gables, FL 33134

Opciones de ahorro

Plan de Ahorro Garantizado _____ (iniciales)

Plan de Ahorro Principal Garantizado _____ (iniciales)

Contratante

Apellido	Nombre	Inicial	Sexo	Edad
Pais de nacimiento			Fecha de nacimiento <i>Día/Mes/Año</i>	
Dirección	Ciudad	País	Código postal	
Dirección de envío	Ciudad	País	Código postal	
Ocupación	Teléfono/Celular			
Pais de nacionalidad	Dirección de correo electrónico			

Dueño Contingente (si no es el contratante)

Apellido	Nombre	Inicial		
Pais de nacimiento	Fecha de nacimiento <i>Día/Mes/Año</i>	Edad	Sexo	
Dirección	Ciudad	País	Código postal	
Dirección de envío	Ciudad	País	Código postal	
Ocupación	Teléfono/Celular			
País de nacionalidad	Dirección de correo electrónico			

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

Depósito

Depósito Anual: \$ _____

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

Depósito a pagar: \$ _____

Información de Beneficiario(s)

Nombre(s) del Beneficiario Primario	Relación	Edad	Fecha de nacimiento (Día, Mes, Año)	Monto
Nombre(s) del Beneficiario Contingente	Relación	Edad	Fecha de nacimiento (Día, Mes, Año)	Monto

Frecuencia de Pago		Modo de Pago		
Anual	Semestral	Cheque*	Tarjeta de Crédito	Transferencia Bancaria*
Mensual	Trimestral	*Un cargo de \$15 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

Certifico que todas las respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas, completas y correctas y entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier error u omisión en las respuestas constituirán razón para que la Compañía rechace una reclamación, e invalide o cancele cualquiera de las coberturas de seguro solicitadas. En caso de que la Compañía cancele o en alguna forma invalide la cobertura de seguro solicitada como resultado de no haber declarado una historia médica anterior o condiciones médicas pre-existentes, la Compañía se reserva el derecho a recuperar del solicitante todos los costos y honorarios incurridos en la investigación razonable de esos asuntos no totalmente declarados.

Entiendo que el agente o la agencia que recibe esta solicitud no tiene autoridad para modificar o eliminar ninguna porción de esta solicitud o ninguna cobertura, condición o restricción contenida en la póliza de seguro solicitada, y que toda la información requerida en la solicitud debe ser establecida por escrito en la solicitud. También entiendo que esta solicitud será parte de la póliza de seguro a emitirse y que la Compañía utilizará la información contenida en la misma para determinar si la póliza de seguro solicitada será emitida o no.

Comprendo que el agente o la agencia que recibe esta solicitud de mí parte, es un representante independiente, que actúa a mi favor y no para ninguna Administradora o compañía de Seguros ofreciendo este seguro. Ni la administradora que llegue a ofrecer una póliza de cualquier compañía de seguros, ni la Compañía pueden ser considerados responsables por cualquier circunstancia, si el negociador o el testigo fallara, ahora o en el futuro, en transmitir o comunicar cualquier documentación o fondos a la administradora, que fuera destinado a mí y/o cualquier documentación o fondos de mí para la Administradora. Todos los pagos de prima deberán realizarse a nombre de la Compañía, la Compañía no es responsable por pagos realizados en efectivo o pagaderos a un tercero.

Queda entendido que el seguro solicitado no estará vigente hasta que la solicitud sea aprobada y aceptada por la Compañía, el pago total de la prima del primer término se haga, y la póliza sea emitida sujeta a todas las condiciones y restricciones aquí contenidas. Comprendo que esta póliza no está disponible a ciudadanos Norteamericanos que sean residentes permanentes de los Estados Unidos. Sin embargo, si usted compra su póliza en su país de residencia y se muda a los Estados Unidos, le ofrecemos opciones para poder conservar su póliza en los Estados Unidos.

Firma del propuesto contratante _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Firma del dueño contingente (si es diferente al propuesto solicitante) _____ Fecha _____ / _____ / _____
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 asegurados y sus respuestas fueron escritas exactamente como fueron dadas.

Representante de ventas/Testigo _____ Código _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Correo electrónico de agente _____

Envíe la solicitud completada a:
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 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		