

## 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. También 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.

\_\_\_\_\_  
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 solicitante)

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 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 contratantes y sus respuestas fueron escritas exactamente como fueron dadas.

Representante de ventas/Testigo: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de agente: \_\_\_\_\_ 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:** \_\_\_\_\_

*Envíe 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](mailto:newbuss@morganwhiteintl.com)

# Solicitud para el Plan de Ahorro Educativo



**INTERNATIONAL**

A division of Morgan White Group

75 Valencia Avenue, Suite 801  
Coral Gables, FL 33134

## 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   16 años   17 años   18 años   19 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.

<b>Parte A: Preguntas no médicas</b>		<i>Sí</i>	<i>No</i>
<b>1. ¿Le han negado, pospuesto, o cobrado una prima adicional para seguro de vida?</b>			
<b>2. ¿Planea viajar a algún país(es) extranjero(s) dentro de los próximos dos años? Qué país(es)?</b>			
<b>3. En los últimos 10 años usted:</b>			
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?		

<b>Parte B: Preguntas médicas</b>		<i>Sí</i>	<i>No</i>
<b>1. Alguna vez ha tenido, o recibido consulta médica o tratamiento para:</b>			
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?		
<b>2. ¿En los últimos 6 meses, ha sufrido una pérdida súbita de peso involuntaria de más de 10 libras?</b>			
<b>3. Excepto en las respuestas anteriores, en los últimos 5 años usted:</b>			
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?		
<b>4. ¿Está tomando actualmente o ha tomado medicamentos para cualquier enfermedad o condición no mencionada arriba?</b>			

<b>Parte C: Preguntas sobre el tabaco y el consume de tabaco</b>		<i>Sí</i>	<i>No</i>
<b>1. ¿Fuma usted?</b>			
<b>2. ¿Cigarrillos?</b>			
a	¿Si su respuesta es "Sí," cuantos por día?		
<b>3. ¿Cigarrillos, Pipa, Cigarrillos Electrónicos o cualquier otra forma de tabaco?</b>			
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 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](#).

## Beneficiarios Adicionales (opcional)

<b>Beneficiario Primario 3</b>				
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		
<b>Beneficiario Primario 4</b>				
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		
<b>Beneficiario Primario 5</b>				
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		
<b>Beneficiario Contingente 3</b>				
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		
<b>Beneficiario Contingente 4</b>				
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		
<b>Fideicomisario (requerido si se incluye a un menor como Beneficiario)</b>				
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		
<b>Fideicomisario (requerido si se incluye a un menor como Beneficiario)</b>				
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		