

Solicitud para **New World Plan**



INTERNATIONAL

A division of Morgan White Group

75 Valencia Avenue, Suite 801
Coral Gables, FL 33134

Datos personales de los solicitantes

Individual

Grupo

	Nombre	I.	Apellidos	Sexo	Fecha de nacimiento			Edad	Altura (pies/pulg)	Peso (lbs)
					Día	Mes	Año			
Titular										
Conyuge										
Hijo #1										
Hijo #2										
Hijo #3										
Hijo #4										
Hijo #5										

Residencia Permanente (Incluyendo ciudad y país)		Dirección postal	Números de Teléfono
Empleador u otra dirección postal:		Correo electrónico:	
		Número de centro de trabajo:	
Ocupación y deberes:		Número de fax:	
Ocupación de Conyuge y empleador:			

	Solicitantes	Cobertura Opcional*	Prima
1			\$
2			\$
3			\$
4			\$
5			\$

<h3>Modo de Pago</h3> <p> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual* </p> <p><small>*La opción de pago mensual esta disponible solamente para las primas mayores de \$500 dólares</small></p>	<h3>Tipo de Pago</h3> <p> <input type="checkbox"/> Cheque* <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Transferencia Bancaria* </p> <p><small>*\$15.00 aplican para el envío de transferencias bancarias * Por favor haga los cheques pagaderos a MWAll Premium Trust</small></p>
Deducible:	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 .

Prima Anual
<i>Factor modal (mensual .092 + \$2.00 o Semestral .55) x Prima Anual</i>
Prima a pagar:

Si usted ya es cliente, por favor, indique su número de cliente.

Número de Cliente:

<i>Información del médico personal o familiar</i>	
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:

Designación de Beneficiario

En el caso del fallecimiento de algún asegurado, después que esta póliza haya sido emitida, yo instruyo a la compañía a hacer el pago de cualquier dinero que se deba al fallecido, de esta manera:

<i>Beneficiario:</i>	<i>Beneficiario Contingente:</i>
Nombre:	Nombre:
Fecha de Nacimiento: <i>(Día/Mes/Año)</i>	Fecha de Nacimiento: <i>(Día/Mes/Año)</i>
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:

Sí necesita espacio adicional para futuro beneficiarios designados, por favor adjunte una hoja por separado con la información solicitada arriba y el porcentaje para cada beneficiario. Sí usted no nombra a un beneficiario cualquier monto de diner sera pagado a su patrimonio.

Elegibilidad: Altura & Peso Tabla

Altura		Peso			
Pies/Pulgadas	Metros	Libras/lbs		Kilogramos	
		Mín	Máx	Mín	Máx
4'8"	1.42	74	173	33.57	78.47
4'9"	1.45	77	180	34.93	81.65
4'10"	1.47	79	186	35.83	84.37
4'11"	1.50	82	193	37.19	87.54
5'0"	1.52	85	199	38.56	90.26
5'1"	1.55	88	206	39.92	93.44
5'2"	1.57	91	213	41.28	96.62
5'3"	1.60	94	220	42.64	99.79
5'4"	1.63	97	227	44.00	102.97
5'5"	1.65	100	234	45.36	106.14
5'6"	1.68	103	241	46.72	109.32
5'7"	1.70	106	249	48.08	112.94
5'8"	1.73	109	256	49.44	116.12
5'9"	1.75	112	264	50.80	119.75
5'10"	1.78	115	271	52.16	122.92
5'11"	1.80	119	279	53.98	126.55
6'0"	1.83	122	287	55.34	130.18
6'1"	1.85	126	295	57.15	133.81
6'2"	1.88	129	303	58.51	137.44
6'3"	1.91	133	312	60.33	141.52
6'4"	1.93	136	320	61.69	145.15
6'5"	1.96	140	328	63.50	148.78
6'6"	1.98	143	337	64.86	152.86
6'7"	2.01	147	346	66.68	156.94
6'8"	2.03	151	355	68.49	161.03
6'9"	2.06	154	363	69.85	164.65

Elegibilidad

Las personas que tienen menos de setenta (70) años de edad y sus dependientes (s) y que han sido diagnosticados o tratados para las siguientes condiciones: Síndrome de Down, Autismo, Epilepsia, Convulsiones, Parálisis de algún tipo, enfermedad de Alzheimer, Demencia, cualquier trastorno neurológico degenerativo, la esclerosis múltiple, parálisis cerebral, enfermedad de Lou Gehrig, Anemia de Células Falciformes, Fibrosis Quística, enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Crohn, Hemofilia, la infección por el VIH o el SIDA, Lupus, Insuficiencia Renal Crónica, Insulina dependiente Diabetes Mellitus (Tipo I), la Diabetes Mellitus Tipo II con Hipertensión, Esquizofrenia, Artritis Reumatoide, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), trastornos hereditarios y congénitos, no son elegibles para esta cobertura y no serán cubiertos por esta Póliza.

Todas las personas que estén aseguradas bajo esta cobertura, han leído, y entendido, que cumplan los parámetros de "estatura y Peso" y "Elegibilidad" como es requerido en esta página.

Sí **No**

Declaración de 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 aseguradora rechace una reclamación, e invalide o cancele cualquiera de las coberturas de seguro solicitadas. En caso de que la aseguradora 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 aseguradora 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 aseguradora 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 mi y/o cualquier documentación o fondos de mi para la Administradora.

Queda entendido que el seguro solicitado no estará vigente hasta que la solicitud sea aprobada y aceptada por la aseguradora, 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 solicitante _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Enfermedades Pre-existentes/Comienso de beneficios y periodo de espera	
Enfermedades Pre-existentes: significa (1) cualquier condición o consecuencia relacionada con una condición médica, enfermedad o accidente por el cual: consejo médico, consulta, diagnóstico, cuidado o tratamiento fue recibido o medicamentos fueron prescritos o ingeridos, dentro de los siete (7) años anteriores a la Fecha de Vigencia de esta Póliza o su restablecimiento o, (2) una condición que habria causado a una persona prudente procurar consejo médico, consulta, diagnóstico, cuidado o tratamiento antes de la Fecha Efectiva individual de esta Póliza, o (3) una condición por la cual consejo médico, consulta, diagnóstico, cuidado o tratamiento de cualquier sintoma evidente del mismo, que presentado a un médico, habria dado lugar a un intento de diagnosticar la enfermedad cuyos síntomas se produjeron antes de la Fecha Efectiva de esta Póliza o, (4) cualquier Cargo cubierto o Servicios cubiertos por embarazo dentro de los doce (12) meses después de la Fecha Efectiva de Cobertura bajo esta Póliza.	<i>Yo comprendo que las condiciones Pre-existentes no estan cubiertas en esta póliza.</i> Sí No
Comienso de los beneficios y periodos de espera: Los costos de los beneficios cubiertos de cualquier condición médica, como consecuencia de accidente o enfermedades contagiosas son pagaderas en la fecha de vigencia de la póliza. No se pagaran beneficios por los costos de otra condition médica que se manifieste dentro de los ciento cincuenta (150) días después de la fecha de vigencia de la póliza. Maternidad no esta cubierta hasta que la madre y el padre ambos estén cubiertos continuamente en esta póliza por lo menos por doce (12) meses.	

Autorización Médica

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica o cualquier institución medica o relacionada con la medicinan, el Buro de Informaciones Medicas (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 ofrece el seguro y sus reaseguradores para determinar la elegibilidad y pago de reclamo de los beneficios bajo esta póliza. Instruyo que a una copia de esta autorización se le conceda la misma fuerza y efecto que al original. Esta autorización permanecerá válida mientras esta póliza esté vigente.

Firma del solicitante _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Yo personalmente solicité y completé esta solicitud. Todas las preguntas médicas y no médicas se hicieron a cada propuesto asegurado y sus respuestas se registraron tal como fueron dadas, o las respuestas fueron hechas por el propuesto asegurado de su puño y letra.

Firma de agente/testigo: _____ Código de agente: _____

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

Envie la solicitud completada a la siguiente dirección:

MWG International • 75 Valencia Avenue, Suite 801 • Coral Gables, FL 33134
Teléfono: (305) 442-0899 • Fax: (305) 442-0961 • Correo electrónico: marketing@morganwhiteintl.com