

Por favor, escriba a máquina o con letra de molde.

DATOS PERSONALES DE LOS SOLICITANTES									
	Nombre(s)	Apellidos	Sexo	Fecha de Nacimiento			Edad	Altura	Peso
				Día	Mes	Año			
Titular									
Cónyuge									
Hijo									
Hijo									
Hijo									
Hijo									
Hijo									
Hijo									

<b>Dirección de residencia (Incluyendo ciudad y país):</b>		<b>Dirección postal:</b>	
<b>Números de teléfono:</b>		<b>Correo (s) electrónico (s):</b>	<b>Número de fax:</b>
Casa:			
Trabajo:			
<b>Ocupación y deberes:</b>			

<p align="center"><b>MODO DE PAGO</b></p> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia	<b>Beneficio Mensual Seleccionado:</b>
	<b>Prima Total:</b>

<b>Prima anual:</b>
<b>Mensual (x0.092+ \$2):</b>
<b>Semestral (x0.55):</b>

Para uso de la compañía	
Número de póliza:	

1	Si	No
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		
h.		
i.		
j.		
k.		
l.		
m.		
n.		
o.		
2.		
a.		
b.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

Firma del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_



## DECLARACION DEL SOLICITANTE

Certifico que todas las respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas, completas y correctas y que 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.

Comprendo que el testigo 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 en la solicitud. También entiendo que esta solicitud será parte de la póliza de seguro a emitirse, y que la aseguradora utilizara la información contenida en la misma para determinar si la póliza de seguro solicitada será emitida o no.

Comprendo que el testigo, recibiendo esta solicitud de mi, es un negociador que actúa a mi favor y no para ninguna Administradora o Compañía de Seguros. 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 esta disponible a ciudadanos Norteamericanos que sean residentes permanentes en 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.

## AUTORIZACION MEDICA

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica, cualquier institución médica o relacionada con la medicina, el Buro 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 mi o de mi salud, incluyendo cualquier miembro de mi familia, a facilitar a Morgan-White Administrators International, Inc., 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 provistas al asegurado que suscribe o mis dependientes. Comprendo que la información obtenida mediante esta autorización será usada por Morgan-White Administrators International, Inc., los aseguradores y sus reaseguradores, para determinar mi elegibilidad. Instruyo que a una copia de esta autorización se le conceda la misma fuerza y efecto que al original. Esta autorización permanecerá valida mientras esta póliza este vigente.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

FIRMA DEL CONYUGE \_\_\_\_\_  
(Si va a asegurarse)

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

**SE REQUIERE EL NOMBRE DEL TESTIGO DE ESTA CERTIFICACION**

\_\_\_\_\_  
**TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
**CODIGO**

\_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico**