



MORGAN-WHITE
ADMINISTRATORS INTERNATIONAL, INC.

--- ◆ ---
SOLICITUD PARA
COBERTURA DE INCAPACIDAD

MODO DE PAGO			
ANUAL	<input type="checkbox"/>	CHEQUE	<input type="checkbox"/>
SEMI ANUAL	<input type="checkbox"/>	TARJETA DE CREDIT	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL SOLICITANTE			PARENTESCO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	ALTURA	PESO
NOMBRE	I.	APELLIDO			DIA	MES	AÑO			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

	NOMBRE DEL SOLICITANTE	BENEFICIOS MENSUAL	PRIMAS POR PERSONA	PRIMA TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
	TOTALES:		\$	\$

Dirección de Residencia (Incluyendo Ciudad y País)	Dirección Postal	Número de Teléfono
		Número de Fax
	Correo Electrónico	

Nombre y Dirección de Empleo	Ocupación y Deberes	Número de Teléfono
		Número de Fax
	Correo Electrónico	

TOTAL DE PRIMAS	\$	PRIMA ANUAL	\$
	\$	FACTOR MODAL	X
		PRIMA A PAGAR	\$

1. ALGUNA VEZ A ALGUNA DE LAS PERSONAS PROPUESTAS PARA ASEGURARSE SE LE HA RECOMENDADO O HA RECIBIDO CONSULTAS, CUIDADOS O TRATAMIENTO MEDICO, O TOMA ALGUN MEDICAMENTO PARA: (Por favor, circule cada condición)		SI	NO	Detalle las preguntas afirmativas para cada solicitante, incluyendo diagnósticos, fechas, duración, y nombre y direcciones de todos los médicos que le atendieron y facilidades médicas, clínicas u hospitales.
a.	Corazón o sistema circulatorio, dolor en el pecho, presión arterial alta, angina de pecho, falta de respiración, fiebre reumática, defecto cardíaco, enfermedad de las venas o de las arterias?			
b.	Enfermedades pulmonares, asma, bronquitis, tos crónica, tuberculosis o alergias?			
c.	Enfermedades o trastornos del bazo, páncreas, estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar, úlcera, colitis, hemorroides, colon, hepatitis, diverticulitis?			
d.	Trastornos renales, enfermedades del tracto urinario, albúmina o sangre en la orina, desórdenes de la vejiga?			
e.	Trastornos músculo - esqueléticos o dolores de espalda, reumatismo, artritis, gota, lumbago, osteoporosis, deformidad, hernia o desórdenes de la piel?			
f.	Cáncer, tumores, cualquier trastorno sanguíneo o leucemia?			
g.	Otitis, desviación del tabique nasal, trauma nasal?			
h.	Trastornos endocrinos, desórdenes de la tiroides, bocio, diabetes, azúcar en la orina o inflamación de los nódulos linfáticos?			
i.	Enfermedades transmitidas sexualmente, o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o CRA (Complejo Relacionado al SIDA) ?			
j.	Trastornos del ciclo menstrual, de los senos, ovarios, útero, trompas de Falopio, cuello del útero, vagina, abortos, cesáreas, u otras?			
k.	Enfermedades o trastornos del sistema reproductor, la próstata, testículos, inflamación pélvica, endometriosis, u otras?			
l.	Convulsiones, epilepsia, ataques, parálisis, o cualquier trastorno neurológico?			
2. CUALQUIER PERSONA PROPUESTA PARA COBERTURA:		SI	NO	
a.	Ha tenido exámenes de salud o de rutina? alguna anomalía?			
b.	Ha sido paciente en un hospital, clínica o sanatorio, o alguien solicitando cobertura le han recomendado someterse a cirugía que está aún pendiente?			
c.	Está actualmente tomando medicinas o bajo tratamiento médico, o le han advertido la posibilidad o necesidad de tratamiento futuro, ha tenido o tiene adicción a drogas, o alcoholismo? Explique.			
d.	Ha recibido alguna vez tratamiento por cualquier trastorno o condición no mencionada? Explique.			
e.	Está actualmente cubierto por otra compañía de seguros de AD&D o Incapacidad ?			Nombre de la Compañía:
f.	Alguna persona propuesta para asegurarse intenta reemplazar o cambiar una póliza en conexión con esta solicitud?			
g.	Ha estado alguna vez incapacitado por 90 días o mas o ha presentado antes alguna reclamación por incapacidad?			Fecha de terminación? _____/_____/_____
h.	Está actualmente en buenas condiciones físicas, sin defectos, o daños?			

3. Nombre del médico personal o familiar:		4. Estudiantes: A tiempo completo, entre 18 y 25 años	
Nombre:		Nombre del Estudiante	Colegio/Universidad
Dirección:			
Teléfono:	Fax:	<i>Debe someter prueba del status de Estudiante</i>	

AUTORIZACION DE PAGO CON TARJETA DE CREDITO

<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Otra	Nombre:
<input type="checkbox"/> Amex	<input type="checkbox"/> Diners		
NUMERO DE TARJETA DE CREDITO: ____ / ____ / ____			Dirección:
FECHA DE EXPIRACION: ____ 20 ____			
CANTIDAD: US\$ _____			

El que suscribe autoriza a *Morgan-White Administrators International, Inc.*, hasta que reciban mí notificación por escrito indicando lo contrario, a cargar cantidades no especificadas relacionadas con el pago de mis primas de seguro, a mí tarjeta de crédito, como y cuando sean pagaderas.

También autorizo a *Morgan-White Administrators International, Inc.*, hasta que reciban mí notificación por escrito indicando lo contrario, a cargar cantidades no especificadas relacionadas con el pago de las primas de seguro como y cuando sean pagaderas, para las pólizas de mis siguientes dependientes:

NOMBRE:

PARENTESCO CON EL DUEÑO DE LA TARJETA DE CREDITO:

Fecha: ____ / ____ / 20 ____

Firma: _____

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 agente 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 utilizará la información contenida en la misma para determinar si la póliza de seguro solicitada será emitida o no.

Comprendo que el agente/corredor tomando esta solicitud para mí es el representante de, y actúa a mí favor, y no para Morgan-White Administrators International, Inc., ni a la compañía de seguros que está ofreciendo este seguro. Ni Morgan-White Administrators International, Inc., ni la compañía ofreciendo este seguro pueden ser considerados responsables por cualquier circunstancia, si el agente o corredor fallara, ahora o en el futuro, en transmitir o comunicar cualquier documentación o fondos de Morgan-White Administrators International, Inc., hacia mí, y/o cualquier documentación o fondos de mí para Morgan-White Administrators International, Inc.

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 residentes permanentes de los Estados Unidos u otros que residan en los Estados Unidos.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ **FECHA** ____/____/____

AUTORIZACION MEDICA

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica, cualquier institución médica o relacionada con la medicina, el *Medical Information Bureau, Inc.* (MIB-Buró de Informaciones Médicas), y otras organizaciones, agencias de reportes al consumidor, compañía de seguro o reaseguro, institución o persona que tenga conocimiento de mí o de mí salud, incluyendo a 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 proveídas 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 válida mientras esta póliza esté vigente.

FIRMA _____ **DEL** _____ **PROPUESTO**
ASEGURADO _____ **FECHA** ____/____/____

FIRMA DEL CONYUGE DEL ASEGURADO _____ **FECHA** ____/____/____

"ES REQUERIDA" LA FIRMA DEL AGENTE EN ESTA CERTIFICACION

Certifico que he proveído fielmente toda la información dada por el solicitante y que le he entregado una copia del folleto de seguro.

AGENTE

CODIGO

FIRMA AGENTE

CORREO ELECTRONICO

(Si va a asegurarse)