

☐ SOLICITUD (NUEVA)	☐ SUPLEMENTO A LA SOLICITUD (CAMBIO/CORRECCIÓN) Si este formulario es un Suplemento a la Póliza, entiendo que el mismo no será efectivo hasta que sea recibido y aprobado por un Oficial Autorizado de Multinational Life Insurance en su Oficina Principal, y se reciba prima para los cambios en cubierta solicitados, si aplica. ACEPTO que dicho Suplemento es una enmienda que formará parte de la póliza aquí numerada.
NÚMERO DE PÓLIZA	

PARTE I - INFORMACIÓN SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NÚM. IDENTIFICACIÓN		SEGURO SOCIAL NÚM.						
						☐ Lic. _____ ☐ Otra _____								
FECHA DE NACIMIENTO		☐ ene ☐ feb ☐ mar ☐ abr ☐ may ☐ jun ☐ jul ☐ ago ☐ sep ☐ oct ☐ nov ☐ dic		Día Año		EDAD		LUGAR DE NACIMIENTO		SEXO		PESO	ESTATURA	MEDIDA DE LA CINTURA
												lbs.	Pies	/ Plgs.
DIRECCIÓN POSTAL (APARTADO POSTAL O URB., CALLE & NÚM.)						PATRONO				SALARIO MENSUAL				
										\$				
CIUDAD		ESTADO		ZIP CODE		OCUPACIÓN				¿Está usted intercambiando una póliza existente de Cáncer de Multinational Life ? ☐ Sí ☐ No				
TELÉFONOS				RESIDENCIA				E-MAIL:						
TRABAJO				CELULAR										

PARTE II - INFORMACIÓN SOBRE EL PAGADOR DE LA PÓLIZA

NOMBRE Y APELLIDOS		SALARIO MENSUAL		SEGURO SOCIAL NÚM.	
		\$			

PARTE III - CUBIERTA SELECCIONADA

☐ PLAN BÁSICO	☐ Individual: \$ _____	☐ Individual + Cónyuge: \$ _____	☐ Individual + hasta 3 hijos dependientes: \$ _____	☐ Familiar: \$ _____
Plan Codes (Uso Interno)				

BENEFICIOS OPCIONALES

PRIMAS MENSUALES

PRIMA A PAGAR

DESCRIPCIÓN	PLAN INDIVIDUAL	PLAN INDIVIDUAL + Cónyuge	PLAN INDIVIDUAL + Hasta 3 Hijos Dep.	PLAN FAMILIAR	
Indemnización Hospitalización/Enf.	☐ \$600.00 / \$2.80	☐ \$600.00 / \$4.00			\$ _____
Indemnización Mensual por Convalecencia/Hogar (Enf. o Acc.)	☐ Regular ↔ \$2.85 ☐ AMP ↔ \$4.95	☐ \$3.75 ☐ \$9.90			\$ _____
Cuidado Intensivo	☐ Plan I - \$1.10 ☐ Plan II - \$2.00 ☐ Plan III - \$3.00 ☐ Plan IV - \$4.00	☐ Plan I \$1.75 ☐ Plan II \$3.25 ☐ Plan III \$4.25 ☐ Plan IV \$5.25	☐ Plan I \$1.50 ☐ Plan II \$2.75 ☐ Plan III \$3.75 ☐ Plan IV \$4.75	☐ Plan I \$2.25 ☐ Plan II \$4.00 ☐ Plan III \$5.00 ☐ Plan IV \$6.00	\$ _____
Seguro de Vida Término Nivelado Favor de completar Parte A del Anejo 1 para la selección del Plan. Primas de acuerdo a la Tabla de Tarifas.	☐ Plan _____ \$ _____ ☐ 10 Años ☐ 20 Años	☐ Plan _____ \$ _____ ☐ 10 Años ☐ 20 Años			\$ _____
Indemnización por Incapacidad* **Si solicita el Plan IV, favor de completar Parte B del Anejo 1 para la selección del Plan. Primas de acuerdo a la Tabla de Tarifas. (Para el Asegurado Principal solamente.)	☐ Plan I \$3.00 ☐ Plan II \$7.00 ☐ Plan III \$15.00 ☐ Plan IV** \$ _____				\$ _____
Trasplante de Órganos	☐ \$4.50	☐ \$5.50	☐ \$5.00	☐ \$6.00	\$ _____
Tratamiento Médico de Emergencia	☐ Regular* ↔ \$1.75 ☐ AMP ↔ \$2.75			☐ \$5.50 ☐ \$5.00	\$ _____
Cirugía Cardiovascular, Periferovascular y Enfermedades del Corazón	☐ Hasta Edad 45: \$6.50 ☐ Edades 46-55: \$17.75	☐ Hasta Edad 45: \$7.50 ☐ Edades 46-55: \$20.50	☐ Hasta Edad 45: \$8.50 ☐ Edades 46-55: \$23.00	☐ Hasta Edad 45: \$11.75 ☐ Edades 46-55: \$30.00	\$ _____
Exoneración Pago de Primas (Para el Asegurado Principal solamente.)	☐ \$4.00				\$ _____
Pago Único por 1er Diagnóstico de Cáncer	☐ Plan N/A \$ N/A	☐ Plan N/A \$ N/A			\$ _____
Otro(s)	☐ \$ _____	☐ \$ _____	☐ \$ _____	☐ \$ _____	\$ _____

* Para solicitar los beneficios de Incapacidad y Tratamiento Médico de Emergencia por Accidente, debe solicitar o estar acogido al Beneficio por Muerte Accidental (abajo).

MUERTE ACCIDENTAL (Escoja uno solamente.) -- Disponible solamente para los planes Individual y Familiar --

Muerte Accidental / Hospitalización (Según seleccionado en esta Sección)		Muerte Accidental / Hospitalización por Accidente		Muerte Accidental / Hospitalización por Enfermedad o Accidente		
		Individual	Familiar	Individual	Familiar	
☐ 1) \$10,000 / \$700		☐ \$2.00	☐ \$3.50	☐ \$4.75	☐ \$8.00	} \$ _____
☐ 2) \$20,000 / \$1,250		☐ \$4.00	☐ \$6.00	☐ \$9.50	☐ \$16.00	
☐ 3) \$30,000 / \$1,800		☐ \$5.50	☐ \$8.25	☐ \$14.25	☐ \$24.00	
☐ 4) \$40,000 / \$2,200		☐ \$7.00	☐ \$10.50	☐ \$19.00	☐ \$32.00	
☐ 5) \$50,000 / \$2,500		☐ \$8.50	☐ \$12.75	☐ \$24.00	☐ \$40.00	
☐ 6) \$75,000 / \$3,000		☐ \$12.00	☐ \$18.75	☐ \$35.50	☐ \$60.00	
☐ 7) \$100,000 / \$4,000		☐ \$17.50	☐ \$25.00	☐ \$47.50	☐ \$76.00	
PLAN CODE		PLAN CODE		PRIMA TOTAL		\$

PARTE IV - MODO DE PAGO

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ Semestral

☐ Anual

☐ Check-o-matic

☐ Nómina

☐ Tarjeta de Crédito

(VISA, MASTERCARD, AMEX)

Número de Tarjeta

Fecha de Expiración

Mes

Año

PARTE V

INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE* E HIJOS A SER CUBIERTOS (SI ALGUNO)

Cónyuge*

Nombre

Fecha de Nacimiento

Mes / Día / Año

Sexo

Peso

Estatura

Hijos Dependientes:

PARTE VI

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Nombre

Relación

*Para el Seguro de Vida es requerido que la pareja esté legalmente casada.

El beneficiario del cónyuge e hijos cubiertos (si alguno) es el propuesto asegurado mencionado en la Parte I de esta Solicitud.

CERTIFICO que toda la información aquí suministrada es cierta y completa a mi mejor saber y entender. Entiendo que esta Solicitud no obligará a la Compañía hasta ser aprobada por ésta en su Oficina Principal y la prima haya sido pagada. CERTIFICO, además, que ni yo ni ningún miembro de mi familia a ser cubierto bajo la póliza de Cáncer y Enfermedades Específicas tenemos pendiente realizarnos exámenes de diagnóstico, ni recoger y/o entregar resultado alguno para determinar diagnósticos relacionados con Cáncer ni las condiciones que aquí se mencionan; y que no hemos sido tratados de Cáncer o tumor de cualquier clase, Distrofia Muscular, Poliomiелitis, Esclerosis Múltiple, Encefalitis, Rabia, Tuberculosis, Osteomielitis, Meningitis, Difteria, Anemia Drepanosítica, Tularemia, Viruela, Fiebre Escarlatina, Fiebre Tifoidea, Lupus Eritematosus, Malaria, Síndrome de Reye, Miastenia Grave y Fiebre Reumática, Enfermedades de Addison, Enfermedad de Niemann-Pick, Enfermedad de los Legionarios, Enfermedad de Tay-Sachs, Enfermedad de Whipple, Necrosis Epidermal Tóxica, Síndrome de Shock Tóxico, ni Fiebre de las Montañas Rocallosas. Además, nunca se nos ha realizado trasplantes de órganos, ni se nos ha diagnosticado, recomendado tratamiento o tratado ninguna condición del sistema cardiovascular o renal, condición mental o nerviosa, Enfermedad de Hodgkins, Pulmonía, Hepatitis, Diabetes, condición del Sistema Respiratorio para el beneficio de Trasplante de Órganos, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo relacionado al SIDA (ARC) o condiciones relacionadas con el SIDA, ni por ninguna otra enfermedad o padecimiento que pudiera afectar la decisión de la Compañía para emitir o no una póliza de seguro de vida, incapacidad o salud a mi nombre o el de mi cónyuge e hijos hasta esta fecha, **excepto** **que está excluido de dicha cubierta del Programa de Cáncer y Enfermedades Específicas de MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY.** Acepto que dichas condiciones médicas de los propuestos asegurados bajo esta solicitud no estarán cubiertas y que no podré(mos) presentar reclamaciones por las mismas ante hospitalizaciones, tratamientos, convalecencias y otros beneficios, ante futuros episodios y/o complicaciones de éstas. Además, CERTIFICO que ninguna de las personas a ser aseguradas bajo la póliza ha sido arrestada por posesión, uso, tráfico, introducción de drogas o sustancias controladas prohibidas por Ley, posesión ilegal de armas de fuego o algún delito grave, ni ha sido convicta ni está bajo fianza en espera de juicio, ni está en libertad con grillete electrónico; ni ha usado ni usa actualmente sustancias controladas como cocaína, marihuana, anfetamina, o alguna otra sustancia narcótica, estimulante, sedativa, alucinógena o alguna droga ilegal o sustancia controlada no recetada a ella(él) por un médico con licencia para suscribir o recetar. **El solicitante y el Representante Autorizado o Productor que firman más adelante certifican que el solicitante ha leído o se le leyó la Solicitud completa, y que entienden que cualquier declaración falsa o falsa representación en este documento, si es material al riesgo, podrá resultar en la pérdida de cubierta con arreglo a esta póliza.**

Autorizo, además, a cualquier médico licenciado, practicante médico, hospital, clínica, laboratorio, plan médico o plan de cuidado de salud, u otra institución médico hospitalaria o de servicios médicos relacionados, compañía de seguros, Negociado de Información Médica (MIB), patrono, ex-patrono, u otra organización, institución o persona que tenga o posea cualquier registro, documento, récord, informes de exámenes y/o estudios relacionados a mi historial o información de salud personal o conocimiento sobre mi persona, a que divulgue información médica o personal la reproduzca y entregue exámenes, estudios, récords a **Multinational Life Insurance Company** o a sus reaseguradores para propósitos de evaluar esta solicitud de seguro o resolver una reclamación bajo una póliza y testificar en cuanto a dicha información en toda la extensión permitida por Ley. Una fotocopia de esta autorización con mi firma será tan válida como la original. Además, CERTIFICO que he examinado cuidadosamente esta forma de autorización antes de haberla firmado y entiendo las consecuencias de autorizar el uso y/o divulgación de mi (nuestra) información médica y personal. **ACEPTO** también que he recibido y leído la notificación del **Aviso Antifraude** de esta Solicitud.

AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000), o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

Si este formulario es un Suplemento a la Póliza, entiendo que el mismo no será efectivo hasta que sea recibido y aprobado por un Oficial Autorizado de Multinational Life Insurance en su Oficina Principal, y se reciba prima para los cambios en cubierta solicitados, si aplica. **ACEPTO** que dicho Suplemento es una enmienda que formará parte de la póliza.

Firmado en

Ciudad

Estado

, hoy

de

de

CERTIFICO que hice todas las preguntas al Propuesto Asegurado y que he registrado correctamente todas las contestaciones suministradas a mí. Certifico, además, que he anotado en esta solicitud veraz y correctamente la información suministrada por el Propuesto Asegurado.

Firma del Representante Autorizado o Productor

Núm.

E-Mail:

Celular:

Firma del Propuesto Asegurado

Firma del Pagador de la Póliza

ML-CDD-360 SOL. 5/14

1) LLENE LA INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA. 2) FIRME LA AUTORIZACIÓN EN AMBAS PARTES.

FORMULARIO DE TRANSACCIÓN PREAUTORIZADA

Indique la fecha en que usted desea sea efectiva su póliza, tomando en consideración los días de débito subsiguientes del 1 al 28. Si al momento de la aprobación de su póliza, ya pasó el día de débito seleccionado por usted, entonces su Póliza será efectiva el mismo día del próximo mes.

Día de Débito:

--	--

01 → 28

☐ CUENTA DE CHEQUE

☐ CUENTA DE AHORRO

☐ TARJETA DE CRÉDITO

Nombre del Depositante:
(Si es diferente al asegurado) _____

Nombre del Asegurado: _____

Dirección del Depositante: _____

# 1	Institución Financiera: _____ Sucursal: _____	# 2	Institución Financiera: _____ Sucursal: _____						
	Núm. de Cuenta del Banco: _____		Núm. de Cuenta del Banco: _____						
	Número de Tarjeta: _____ Fecha Expiración: <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>		M	M	A	A	Número de Tarjeta: _____ Fecha Expiración: <table border="1"><tr><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	M	M
M	M	A	A						
M	M	A	A						

☐ NO tengo otro número de cuenta.

Por este medio **AUTORIZO** a pagar las primas y las primas opcionales a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY**, (en adelante "la Compañía"), conforme al plan de transacción preautorizada de la Compañía. Comprendo que la Compañía iniciará las transferencias de fondos en mi cuenta, de forma electrónica, por cheque o giro, para el pago de las primas y las primas opcionales, sujeto a las condiciones que se establecen más adelante.

En la eventualidad de que exista un error en el cómputo de las primas por parte del Representante Autorizado o Productor, o de la Compañía aceptar el riesgo con tarifa subnormal, la Compañía me notificará al respecto para mi aprobación correspondiente.

La Compañía podrá variar la cantidad de la transacción preautorizada, **mediante notificación previa**, hasta un máximo de \$50 mensuales para mantener esta póliza en vigor de acuerdo con sus términos cuando: (1) en la eventualidad de que yo seleccione añadir o eliminar algún aditamento posterior a la emisión de la póliza, por lo que podría conllevar algún ajuste en la prima; o (2) cuando yo opte por una renovación del plan seleccionado.

Condiciones: Las transacciones se aplicarán para pagar las primas y primas opcionales sobre la póliza. No se considerará que se ha recibido por la Compañía un pago hasta que el cheque o giro presentado o transferencia electrónica haya sido honrado.

Esta autorización puede ser terminada: 1) por la Compañía si algún cheque, giro o transferencia no se paga al ser presentado; o 2) por la Compañía, de ésta no haber recibido el pago correspondiente una vez finalizado el Período de Gracia; o 3) por el Asegurado, luego de éste haberlo notificado por escrito. Entiendo que soy responsable de verificar que la Institución Bancaria y/o Financiera esté honrando los pagos que la Compañía debite a mi cuenta y que, de no efectuarse el mismo antes de finalizar el Período de Gracia, la póliza entrará en caducidad sin previo aviso de la Compañía.

Por este medio **AUTORIZO** a la institución bancaria o financiera aquí especificada a pagar las primas a la Compañía. Esta autorización no modificará ni alterará las otras disposiciones de la póliza.

SE TIENE QUE ACOMPAÑAR EVIDENCIA DE LA CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN.

Fecha _____ Firma _____

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA A TRAVÉS DE DESCUENTO DE NÓMINA

-DUPLICADO-

		AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA		CLAVE ESPECÍFICA NÚM. 16
Nombre del Empleado		Patrono		
Seguro Social Núm.	Empleado Núm.	Dirección		
Ocupación	Tel.	División		
AUTORIZO a mi patrono a deducir de mis ingresos la cantidad de \$ _____ mensuales para el programa de seguro comprado a través de MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY , PO Box 366107, San Juan, PR 00936-6107. Esta autorización invalida cualquier otra dada y firmada con anterioridad para este propósito.				
Firma del Solicitante _____				
Firma del Representante Autorizado _____		Núm. _____	Fecha _____	

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA A TRAVÉS DE DESCUENTO DE NÓMINA

-ORIGINAL-

		AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA		CLAVE ESPECÍFICA NÚM. 16
Nombre del Empleado		Patrono		
Seguro Social Núm.	Empleado Núm.	Dirección		
Ocupación	Tel.	División		
AUTORIZO a mi patrono a deducir de mis ingresos la cantidad de \$ _____ mensuales para el programa de seguro comprado a través de MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY , PO Box 366107, San Juan, PR 00936-6107. Esta autorización invalida cualquier otra dada y firmada con anterioridad para este propósito.				
Firma del Solicitante _____				
Firma del Representante Autorizado _____		Núm. _____	Fecha _____	

COMPLETAR SI SOLICITA SEGURO DE VIDA O CUBIERTA DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD.

PARTE A. SEGURO DE VIDA DE TÉRMINO NIVELADO

Nombre del Propuesto Asegurado

Fecha de Nacimiento

Mes

Día

Año

Peso

lbs.

Estatura

Pies

Pulgs.

Medida de la Cintura

Cantidad de Seguro Solicitada:

\$

Plan

Salario Mensual

\$

Término

☐ 10 Años

☐ 20 Años

EL SOLICITANTE PARA SEGURO: (Marque con un círculo la parte correspondiente.)

PROPUUESTO ASEGURADO

SI

NO

a. ¿Se ha dedicado usted o piensa dedicarse a participar en carreras de automóvil o motocicletas, buceo, paracaidismo, vuelos en globos, planeadores o aparato similar, alpinismo, aviación como piloto o miembro de tripulación o cualquiera otra vocación o deporte peligroso?

☐

☐

b. En los últimos 5 años, ¿ha tenido usted o le ha sido diagnosticado que tenía alta presión sanguínea o enfermedades cardiovasculares o de los vasos sanguíneos; cáncer o tumor de cualquier clase; enfermedades neurológicas y mentales, diabetes; enfermedades respiratorias; enfermedades genitourinarias; desorden de los nódulos linfáticos o de la sangre; desorden gastrointestinal o digestivo; enfermedades infecciosas; enfermedad de los ojos, oídos, faringe o de la piel? ¿Ha padecido usted o le han diagnosticado que sufre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo Relacionado al SIDA (ARC) o condiciones relacionadas con el SIDA o cualquier enfermedad sexualmente transmisible, o ha recibido usted tratamiento con relación a estas condiciones?

☐

☐

c. Dentro de los 10 años inmediatamente anteriores a esta Solicitud de Seguro, ¿ha usado usted o ha sido arrestado por la posesión, uso, tráfico, introducción de drogas o sustancias controladas prohibidas por la Ley; o convicto de delito grave o en espera de juicio? ¿Ha sido usted convicto por conducir un vehículo de motor bajo los efectos de bebidas embriagantes?

☐

☐

d. Si es mujer: ¿Está usted embarazada? Si afirmativo, ¿cuántos meses?

☐

☐

OFREZCA DETALLES COMPLETOS PARA LAS CONTESTACIONES EN AFIRMATIVAS A LA PREGUNTA

PREGUNTA NÚMERO

NOMBRE Y DIRECCIÓN MÉDICO U HOSPITAL

DIAGNÓSTICO

FECHA DEL DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO Y RESULTADO

PARTE B. INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD

Nombre del Propuesto Asegurado

Salario Mensual

\$

Fecha de Nacimiento

Mes

Día

Año

EL SOLICITANTE PARA SEGURO:

PROPUESTO ASEGURADO

SI

NO

a. ¿Alguna vez le han rechazado, aplazado, clasificado como riesgo subnormal o se le ha cargado una prima adicional para seguro de vida o incapacidad?

☐

☐

b. ¿Está incapacitado?

☐

☐

c. ¿Se ha dedicado o ha considerado hacer vuelos como piloto o miembro de tripulación, salto en paracaídas, vuelos en planeadores de mano o globos, carreras de automóviles o cualquier deporte u ocupación similar?

☐

☐

d. ¿Está usted activo en su trabajo?

☐

☐

e. En los últimos 10 años, ¿ha sido convicto por un delito grave o ha recibido asesoramiento o tratamiento por el uso de alcohol o drogas?

☐

☐

PREGUNTA NÚMERO

DETALLES A LA PREGUNTA EN AFIRMATIVA

Habiendo leído las declaraciones y contestaciones arriba, YO CERTIFICO que las mismas son ciertas y completas, y estoy de acuerdo en que: (1) Este Anejo a la Solicitud/Suplemento será la base de cualquier enmienda a la póliza emitida; (2) Ninguna información adquirida por cualquier representante de la Compañía obligará a la Compañía a menos que se exprese por escrito en la Solicitud y/o en este Anejo; (3) Ningún contrato de la Compañía puede hacerse, modificarse o terminarse, ni ninguno de sus derechos o requisitos podrá renunciarse, excepto por escrito firmado por su Presidente, Vicepresidente o Secretario Auxiliar; (4) Ningún seguro entrará en vigor hasta que se emita y se entregue una póliza al Solicitante y se pague la primera prima en su totalidad, todo mientras la salud y otras condiciones que afecten la asegurabilidad de cada persona sobre la cual se solicita seguro permanecen según se describe en la Solicitud/Suplemento y/o en este Anejo; (5) A la aceptación de una póliza diferente a la solicitada, este Anejo a la Solicitud/Suplemento será para dicha póliza modificada; excepto cuando sea requerido por Ley o por reglamentación de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico cualquier cambio en plan, cantidad de seguro, clasificación o beneficios se hará solamente mediante acuerdo por escrito.

Hasta donde sea legal en favor de cualquier reclamación o interés en el seguro que se solicita, cualquier persona que hasta aquí o de aquí en adelante examinara a cualquier persona que pueda estar cubierta por dicho seguro está libre de cualquier impedimento legal para revelar información adquirida a través de dicho examen y está autorizada a revelar la misma.

Firmado en _____, hoy _____ de _____ de 20____.

CiudadEstado

CERTIFICO que hice todas las preguntas al Propuesto Asegurado y que he registrado correctamente todas las contestaciones suministradas a mí. Certifico, además, que he anotado en esta solicitud veraz y correctamente la información suministrada por el Propuesto Asegurado.

Firma del Representante Autorizado o Productor

Núm.

E-Mail:

Celular:

Firma del Propuesto Asegurado

Firma del Pagador de la Póliza

ML-CDD-360 SOL. A1 5/14