

Solicitud InboundSM IMMIGRANT - 2002

USO OFICIAL SOLAMENTE: Cert#: _____ Procesada: _____ Fecha Efectiva: _____ Agente: 1009 – www.otis123.com
Tarifas July 1, 2002 818-892-1901 or 866-otis123

Todas las selecciones deben ser completadas. Solicitudes incompletas serán devueltas y a la vez sera negada la cobertura.

Información del solicitante

Sr. Sñra. Sñrita. **Apellido:** _____ **Nombre:** _____

Dirección de correspondencia E.U.: Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ C.P.: _____
(Address must be in the United States)

Número telefónico: _____ Cor. Elec. _____

Beneficiario AD&D: _____ Relación: _____

Pasaporte e información de viaje

Número de pasaporte: _____ País de emisión: _____

¿Cuándo llego Ud. a los Estados Unidos? ___ / ___ / ___ ¿Cuándo desea que comience la cobertura? ___ / ___ / ___

Esta cobertura no es disponible a ciudadanos estadounidenses. Se tiene que inscribir dentro de los primeros 24 meses de vivienda en E.U. Periodo mínimo es de 1 mes. Cobertura total es hasta 60 meses. Si se compran por lo menos 3 meses inicialmente, se podrá renovar este plan continuamente.

Cobertura Requerida

¿Ha comprado usted alguna otra póliza a SRI en el pasado? ___No ___Sí Número pasado: _____

Máximo medico seleccionado: Plan A: \$50,000 Plan B: \$100,000

Seleccione deducible máximo por herida/enfermeda: \$75 \$150 (a la edad de 70años y arriba es \$250)

Si hay uno o mas solicitantes menores de la edad de 70 años y uno o más solicitantes de 70 años o más, se deben someter solicitudes separadas.

Nombres de los Solicitantes Fecha de Nac. Prima Mensual

Solicitante: _____ / ___ / ___ _____

Cónyuge: _____ / ___ / ___ _____

Hijo: _____ / ___ / ___ _____

Hijo: _____ / ___ / ___ _____

Hijo: _____ / ___ / ___ _____

Total: _____

A	x	_____	=	B	+	\$10	=	C
Total de arriba		Cantidad de meses				Costo administrativo		Pago adjuntado

Método de Pago

Cheque Giro Postal MasterCard Visa Discover

Número de tarjeta: _____

Nombre indicado en la tarjeta: _____

Fecha de expiración: _____

Número telefónico durante el día: _____

Dirección dónde se recibe la cuenta: _____

Firma (Requerida) _____

Haga sus pagos de cheque o Money Order a favor de SRI. El pago por la prima total debe ser hecho en Dólares Americanos al momento de enviar la solicitud. Solicitudes con cargo a Visa o Master Card están sujetas a aceptación por parte de la compañía emisora de la tarjeta.

Declaro que entiendo los términos y condiciones de este producto como se señala en el folleto. Entiendo que esta cobertura no es para ciudadanos estadounidenses. Entiendo condiciones preexistentes como se señala en el número 1 de las Exclusiones, están excluidas.

Me suscribo a AIG Life Trust a la cobertura a la que soy elegible bajo el grupo contratado por The Insurance Company of the State of Pennsylvania, un member del American International Group, Inc. (AIG). Como firmante, yo declaro que estoy afirmado todas las declaraciones para tales personas indicadas en esta solicitud (y que tengo la autoridad de hacer tal cosa).

Firma del Solicitante o Representante (Required)

Fecha

FAX to 818-893-2074