



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

PARTE A

1. INFORMACION PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellido/Nombre		Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Fecha de nacimiento Mes Día Año / /	Edad
Lugar de nacimiento	Estatura (Pies/Plgds. o Mts./Cms.)	Peso (Kgs./Lbs.)	No. de ID o Referencia Tributaria	
Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal		Números de teléfono Casa _____ Celular _____		
¿Es usted residente o ciudadano de los Estados Unidos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo favor indicar número de seguro social _____ - _____ - _____		Nacionalidad _____		
Ingreso anual: \$ _____		Estado civil <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)		
Dirección de correo electrónico _____		Dirección postal <input type="radio"/> Domicilio <input type="radio"/> Otra _____		

2. EMPLEADOR

Nombre de la compañía		Ocupación
Razón o función social de la compañía		Deberes (Favor detallar)
Dirección - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal		_____

Número de teléfono	Página Web	Años de empleo con la compañía

3. PLAN DE SEGURO

Nombre del plan	Suma asegurada US \$	<input type="radio"/> Fumador <input type="radio"/> No fumador ✓ Iniciales _____
Aplica solamente para el plan indexado. Favor seleccionar índice: <input type="radio"/> S&P 500 <input type="radio"/> NASDAQ 100	Para pólizas de vida universal - Opción A será automáticamente seleccionada si usted no hace su selección. <input type="radio"/> Opción A - Suma asegurada <input type="radio"/> Opción B - Suma asegurada más valor acumulado	Forma de pago <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Otro _____
Prima programada US \$	Pago inicial con la solicitud <input type="radio"/> Cheque # _____ \$ _____ <input type="radio"/> Tarjeta de crédito \$ _____ <input type="radio"/> Transferencia bancaria \$ _____ <input type="radio"/> C.O.D.	
Fuente de ingresos		

4. ADITAMENTOS OPCIONALES

<input type="radio"/> Beneficio por muerte accidental – Cantidad US \$ _____	<input type="radio"/> Exoneración de cargos mensuales
Seguro temporal asegurado principal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cantidad US \$ _____	
Renta familiar <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cantidad US \$ _____ Años _____	
<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Otro - Favor indicar plan y cantidad _____	



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

5. TITULAR DE POLIZA (SI NO ES EL ASEGURADO PROPUESTO)

Apellido/Nombre		Titular contingente – Apellido/Nombre	
Domicilio		Domicilio	
Número/Calle		Número/Calle	
Ciudad/País/Código Postal		Ciudad/País/Código Postal	
Números de teléfono		Números de teléfono	
Residencia		Residencia	
Celular		Celular	
Número de ID o Referencia Tributaria		Número de ID o Referencia Tributaria	
Parentesco con el asegurado propuesto	Dirección de correo electrónico	Parentesco con el asegurado propuesto	Dirección de correo electrónico

6. SEGUNDO DESTINATARIO

Apellido/Nombre	Dirección - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

7. SEGURO(S) DE VIDA EN VIGOR SOBRE LA VIDA DEL ASEGURADO PROPUESTO

☐ Si (Favor detallar a continuación) ☐ Ninguno

Compañía	Fecha de emisión	Suma asegurada	Beneficio por muerte accidental
A		US \$	US \$
B		US \$	US \$
C		US \$	US \$

7.a ¿Reemplazará la póliza solicitada algún seguro en esta u otra compañía? En caso **afirmativo**, favor completar formulario “Exhibit A”
☐ Sí ☐ No ¿Qué compañía? ☐ A ☐ B ☐ C

7. b ¿Tiene alguna solicitud pendiente en otra compañía? ☐ Sí ☐ No En caso **afirmativo** favor detallar a continuación.
Fecha _____ Compañía _____ Cantidad US \$ _____

8. BENEFICIARIOS

A. Primario(s)	Parentesco	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Cédula de identidad	Porcentaje
B. Contingente(s)	Parentesco	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Cédula de identidad	Porcentaje



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

9. DISPOSICIONES ESPECIALES

10. DETALLES DEL ASEGURADO PROPUESTO

	SI	NO
A. Usted:		
1. ¿Ha participado o piensa participar en actividades de aviación en calidad de piloto o miembro de la tripulación, planeo, carreras, buceo paracaidismo con o sin caída libre o cualquier otro deporte peligroso? En caso afirmativo especifique cual y complete el cuestionario correspondiente.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Ha viajado o piensa viajar fuera de su país durante los próximos dos años? En caso afirmativo , favor detallar en la página 6.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un crimen? En caso afirmativo , favor detallar en la página 6.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Ha sido secuestrado, extorsionado o recibido alguna amenaza en contra de su vida o alguien en su familia? En caso afirmativo , favor detallar en la página 6.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Ha estado involucrado en un accidente de carro, declarado culpable de manejar bajo la influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tráfico?.. En caso afirmativo , favor detallar en la página 6.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad?.. En caso afirmativo , favor detallar en la página 6.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Alguna vez le han rechazado, diferido, ofrecido con sobreprima o modificado en cualquier forma una solicitud o rehabilitación de seguro de vida o por incapacidad? En caso afirmativo , favor detallar en la página 6.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Ha servido o piensa servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar durante los próximos dos años? En caso afirmativo , favor detallar en la página 6.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Durante los últimos doce meses, ¿ha fumado usted cigarrillos o ha usado otros productos derivados del tabaco?..... En caso afirmativo , favor indicar cuál producto y qué cantidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a. <input type="checkbox"/> Cigarillos _____		
b. <input type="checkbox"/> Tabaco _____		
c. <input type="checkbox"/> Parche o Chicle de Nicotina _____		
d. <input type="checkbox"/> Pipa _____		
e. <input type="checkbox"/> Mastica Tabaco _____		
f. <input type="checkbox"/> Otro _____		
C. Durante los últimos diez años, ¿ha usado usted cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos u otras sustancias controladas?..... En caso afirmativo , favor completar el cuestionario de "Uso de Drogas"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿Consume bebidas alcohólicas?..... En caso afirmativo favor indicar la cantidad que toma y con qué frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Todas las declaraciones contenidas en la solicitud como en cualquier cuestionario o declaración de asegurabilidad con relación a esta solicitud son precisas y exactas. Queda convenido que estas declaraciones y respuestas formarán parte de la póliza. Solamente un funcionario autorizado de Best Meridian Insurance Company puede modificar la solicitud en alguna manera. El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La póliza entrará en vigor si: (a) el titular de la póliza la recibe y la acepta sin cambio alguno, (b) si la prima inicial se pagó en su totalidad, (c) no ha habido ningún cambio en la asegurabilidad y el estado financiero del asegurado propuesto al momento de la entrega de la póliza y (d) todas las declaraciones hechas en la fecha de la solicitud son todavía exactas en la fecha en que se entrega la póliza. Sin embargo, si la prima es abonada de acuerdo al contrato de seguro de vida condicional adjunto y el recibo condicional es entregado al titular de póliza, las condiciones del recibo condicional regirán. Cualquier cambio en la suma asegurada, edad, fecha de emisión de la póliza, clasificación de riesgo, plan de seguro o beneficio debe acordarse por escrito en donde así se exija. El titular de póliza tiene el derecho de cambiar el beneficiario y de ejercer los demás derechos sin el consentimiento del beneficiario, sujeto a cualquier restricción estatutaria y a los derechos de cualquier beneficiario designado con carácter irrevocable.

Certifico que el dinero utilizado para pagar las primas para esta póliza proviene de fuentes lícitas.

He recibido la notificación referente a MIB, Inc. y he sido notificado que puede prepararse un informe sobre el consumidor con relación a esta solicitud. Autorizo a Best Meridian Insurance Company o a sus reaseguradores para que realicen un breve informe de mi información personal de salud a MIB, Inc.

Cualquier persona que con conocimiento e intención de causar daño, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presenta una reclamación o una solicitud conteniendo información falsa, incompleta o engañosa será culpable de felonía, delito mayor de tercer grado.

Fecha ____/____/____
Mes Día Año

Firma del testigo/agente _____

Firma del asegurado propuesto _____ Firma del titular de póliza _____
(Si no es el asegurado propuesto)



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

PARTE B

1. Nombre del médico y/o médico personal que lo atendió últimamente		Dirección
Fecha	Motivo	Tratamiento recibido

2. ¿Ha tenido algún cambio de peso durante los últimos doce meses?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	En caso afirmativo : <input type="radio"/> Aumento <input type="radio"/> Pérdida
Favor proveer detalles a continuación _____		

3. HISTORIAL CLINICO

¿Ha sido usted diagnosticado o tratado por alguna de las siguientes condiciones?	SI	NO
a. ¿Enfermedad de los ojos, oídos, nariz, o garganta?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, afección del habla, parálisis, apoplejía, trastorno mental o nervioso?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, espantos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. ¿Deformidad, cojera, o amputación?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. ¿Está usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años, usted:		
m. ¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Ha tenido resultados positivos por haber sido expuesto a la infección del VIH o ha sido diagnosticado con el Complejo relacionado con el SIDA o el SIDA por causa de infección del VIH u otra enfermedad o condición derivada de dicha infección?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Para mujeres solamente.		
a. ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos reproductivos o en los senos?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses tiene de embarazo?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detalles de las respuestas afirmativas 3(a-q), 4, 5 y 6. Favor indicar fechas, diagnósticos, nombre y dirección de todos los médicos e instituciones que prestaron sus servicios. Si necesita espacio adicional, favor continuar en la página 6. _____		

Todas las declaraciones y respuestas contenidas en esta solicitud y cualquier cuestionario o declaración de asegurabilidad con relación a esta solicitud son precisas y exactas. Autorizo a cualquier médico licenciado, hospital, clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros y de reaseguros, MIB, Inc. o agencia de información sobre el consumidor que posea datos o conocimiento de mi o de mi salud referentes al diagnóstico, tratamiento o pronóstico de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental, o que posea información que no sea médica sobre mi persona para que suministre a Best Meridian Insurance Company, o reaseguradores toda la información que le sea solicitada. Esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se indica a continuación. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Fecha _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Firma del testigo/agente _____

Firma del asegurado propuesto _____

Firma del titular de póliza _____
(Si no es el asegurado propuesto)



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY REPORTE DEL AGENTE

PARTE C

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al asegurado propuesto? _____
2. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al titular de póliza? _____
3. ¿Cómo conoce al asegurado propuesto? ☐ Muy Bien ☐ No muy bien ☐ Recién conocido
4. ¿Quién inició los trámites para este seguro? ☐ El agente ☐ Asegurado propuesto ☐ Titular de póliza
5. ¿Cuál es el propósito de este seguro? _____
6. ¿Sabe algo sobre la salud, pasatiempos o estilo de vida que pueda afectar la asegurable del asegurado propuesto? ☐ Sí ☐ No
En caso **afirmativo**, favor explicar a continuación _____

7. ¿Sabe si el asegurado propuesto o alguien en su familia ha sido secuestrado, extorsionado o amenazado? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Reemplazará el seguro solicitado cualquier otro seguro? ☐ Sí ☐ No
En caso **afirmativo**, ¿ha cumplido con las disposiciones de reglamento para el reemplazo? ☐ Sí ☐ No
9. Ingreso anual del asegurado propuesto US \$ _____
10. Fuente de ingreso _____
11. Cantidad de seguro en vigor sobre la vida del cónyuge y/o socio US \$ _____
12. Si el cónyuge no está asegurado, explique por qué _____
13. ¿Dio la notificación referente a MIB, Inc.? ☐ Sí ☐ No
14. ¿Si aplica, dio el recibo condicional al titular de póliza? ☐ Sí ☐ No
15. ¿Vio personalmente al asegurado propuesto, le hizo cada una de las preguntas en esta solicitud y anotó las respuestas correctamente?
☐ Sí ☐ No

Fecha ____/____/____
Mes Día Año

Firma del agente _____
Agente local autorizado, si la ley lo exige

Nombre del agente _____ Código del agente _____ No. de licencia de la Florida _____
(En letra de molde)

Nombre/código del agente general, si lo hubiese _____

REQUISITOS SOMETIDOS CON ESTA SOLICITUD

Prueba de Saliva
☐

Perfil de Sangre Completo
☐

Mini Perfil de Sangre
☐

Examen Médico
☐

EKG
☐

Prueba de Esfuerzo
☐

Radiografía de Tórax
☐

Examen de Orina
☐

Reporte Financiero
☐

Suplemento Pólizas Grandes
☐

Fotocopia de Cédula/Pasaporte
☐

Ilustración firmada por el cliente
☐

Otro(s)
☐



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA

Por favor utilice este espacio para suministrar detalles adicionales a cualquier respuesta **“afirmativa”**.

Las firmas aquí solicitadas son necesarias solamente si el asegurado propuesto está suministrando detalles en esta página.

Fecha / /
Mes Día Año

Firma del testigo/agente _____

Firma del asegurado propuesto _____

Firma del titular de póliza _____
(Si no es el Asegurado Propuesto)



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
RECIBO CONDICIONAL
CONTRATO DE SEGURO DE VIDA CONDICIONAL

Recibo y condiciones sujeto a las cuales el seguro puede entrar en vigor. No es válido a menos que sea firmado por el agente y el titular de póliza. Todas las condiciones enumeradas en el epígrafe A deben ser satisfechas para que el seguro pueda entrar en vigor antes de la entrega de la póliza. Ningún agente puede cambiar, modificar o prescindir ninguna de estas condiciones.

Recibí de (titular de póliza) _____ La cantidad de US \$ _____

Asegurado propuesto _____

A - CONDICIONES PARA QUE EL SEGURO ENTRE EN VIGOR (por un máximo de 60 días y hasta por \$100,000 – véase epígrafe B)

- (1) El pago inicial debe hacerse cuando la solicitud es firmada. El cheque u otro instrumento de remesa debe ser aceptado al ser presentado para el pago.
- (2) El importe pagado con la solicitud debe ser por lo menos igual a la prima programada para una póliza por la cantidad y plan solicitado en la sección 3 de la Parte A. Dicha cantidad debe de ser no menor de \$100.00.
- (3) El asegurado propuesto no debe ser mayor de los 65 años de edad en la fecha de emisión de la póliza.
- (4) El asegurado propuesto debe ser en la fecha de emisión de la póliza, clasificado como riesgo aceptable según nuestras normas y límites para el plan y cantidad de seguro solicitado.

Si todas las condiciones enumeradas previamente han sido satisfechas, la cobertura que provee la póliza solicitada entrará en vigor en la fecha de emisión de la póliza, como se define a continuación; sin embargo, la cantidad del seguro no podrá exceder la cantidad estipulada en el epígrafe B. En ninguna situación el seguro continuará en vigor por un período más largo que el cubierto por la prima pagada siendo aplicada en una forma prorrateada para mantener la póliza en vigor y nunca por más de 60 días a partir de la fecha de esta solicitud. Fecha de emisión de la póliza significa lo último en ocurrir de las siguientes fechas (a) la fecha de la Parte A de la solicitud; (b) la fecha de la Parte B de la solicitud, incluyendo el primer examen médico si se requiere o (c) la fecha de emisión solicitada por el titular de póliza.

B – MAXIMA CANTIDAD DE SEGURO QUE PUEDE ENTRAR EN VIGOR ANTES DE SER ENTREGADA LA POLIZA. La cantidad máxima de seguro, incluyendo el beneficio por muerte accidental que puede entrar en vigor sobre la vida de un asegurado propuesto bajo este recibo condicional está limitada a la menor de: (a) la cantidad solicitada o (b) la cantidad que al añadirse a cualquier solicitud pendiente con nosotros ascienda a \$100,000 incluyendo el beneficio por muerte accidental.

C – DEVOLUCION DE LA CANTIDAD RECIBIDA. Si todas las condiciones enumeradas en el epígrafe A no son satisfechas pero ofrecemos una póliza diferente a la solicitada, la cantidad recibida con esta solicitud se aplicará al pago de la prima si la póliza es emitida y aceptada. Dicha póliza entrará en vigor únicamente cuando el total de la prima vencida sea satisfecha. Además, dicha póliza debe ser emitida y entregada mientras las condiciones referentes a la asegurabilidad del asegurado propuesto permanezcan como aparecen en esta solicitud y en cualquier enmienda. El importe pagado con la solicitud será devuelto al titular de póliza si no aceptamos esta solicitud o si no emitimos una póliza dentro de los 60 días subsiguientes a la fecha de esta solicitud. Este importe también será devuelto si se emite una póliza diferente a la solicitada y la misma no es aceptada.

Fecha _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Firma del agente _____

Firma del titular de póliza _____

ESTE RECIBO DEBE SER PREPARADO Y FIRMADO POR EL AGENTE Y EL TITULAR DE POLIZA SI SE HACE UN PAGO A CUENTA DEL PAGO INICIAL; DE LO CONTRARIO NO DEBE DESPRENDERSE.

✂-----

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
NOTIFICACION REFERENTE A MIB, INC.

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante, nosotros o nuestros reaseguradores podemos presentar un breve informe a MIB, Inc. MIB, Inc. es una asociación de compañías de seguro de vida, sin fines lucrativos, cuya función es permitir el intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita un seguro de vida o salud, o si radica una reclamación a otra compañía miembro, MIB, Inc. suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente, de así solicitarse. Nosotros o nuestros reaseguradores, también podemos suministrar la información contenida en su expediente, de así solicitarse. Nosotros o nuestros reaseguradores, también podemos suministrar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguro de vida a las cuales usted solicite cobertura o radique una reclamación de beneficios. Usted puede solicitar que MIB, Inc. revele cualquier información que pueda tener en su expediente. Usted también puede solicitar que MIB, Inc. corrija cualquier información contenida en su expediente que usted considere incorrecta. Los pasos a seguir se estipulan en la ley "Fair Credit Report Act" (Decreto de Informe de Crédito Justo). La dirección de MIB, Inc. es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734. Teléfono (866) 692-6901.

DEBE ENTREGARSE AL ASEGURADO PROPUESTO



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

8950 SW 74th Court, Miami, Florida 33156

Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 * e-mail: bmi@bmicos.com * web: www.bmicos.com

Certificate of Foreign Status of Beneficial Owner for United States Tax Withholding and Reporting (Individuals)

► For use by individuals. Entities must use Form W-8BEN-E.

► Information about Form W-8BEN and its separate instructions is at www.irs.gov/formw8ben.

► Give this form to the withholding agent or payer. Do not send to the IRS.

OMB No. 1545-1621

Do NOT use this form if:

- You are NOT an individual W-8BEN-E
- You are a U.S. citizen or other U.S. person, including a resident alien individual W-9
- You are a beneficial owner claiming that income is effectively connected with the conduct of trade or business within the U.S. (other than personal services) W-8ECI
- You are a beneficial owner who is receiving compensation for personal services performed in the United States 8233 or W-4
- You are a person acting as an intermediary W-8IMY

Instead, use Form:

Note: If you are resident in a FATCA partner jurisdiction (i.e., a Model 1 IGA jurisdiction with reciprocity), certain tax account information may be provided to your jurisdiction of residence.

Part I Identification of Beneficial Owner (see instructions)

1 Name of individual who is the beneficial owner	2 Country of citizenship
3 Permanent residence address (street, apt. or suite no., or rural route). Do not use a P.O. box or in-care-of address. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 70%;">City or town, state or province. Include postal code where appropriate.</div> <div style="width: 30%;">Country</div> </div>	
4 Mailing address (if different from above) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 70%;">City or town, state or province. Include postal code where appropriate.</div> <div style="width: 30%;">Country</div> </div>	
5 U.S. taxpayer identification number (SSN or ITIN), if required (see instructions)	6 Foreign tax identifying number (see instructions)
7 Reference number(s) (see instructions)	8 Date of birth (MM-DD-YYYY) (see instructions)

Part II Claim of Tax Treaty Benefits (for chapter 3 purposes only) (see instructions)

- 9** I certify that the beneficial owner is a resident of _____ within the meaning of the income tax treaty between the United States and that country.
- 10 Special rates and conditions** (if applicable—see instructions): The beneficial owner is claiming the provisions of Article and paragraph _____ of the treaty identified on line 9 above to claim a _____ % rate of withholding on (specify type of income): _____
- Explain the additional conditions in the Article and paragraph the beneficial owner meets to be eligible for the rate of withholding: _____

Part III Certification

Under penalties of perjury, I declare that I have examined the information on this form and to the best of my knowledge and belief it is true, correct, and complete. I further certify under penalties of perjury that:

- I am the individual that is the beneficial owner (or am authorized to sign for the individual that is the beneficial owner) of all the income to which this form relates or am using this form to document myself for chapter 4 purposes,
- The person named on line 1 of this form is not a U.S. person,
- The income to which this form relates is:
 - (a) not effectively connected with the conduct of a trade or business in the United States,
 - (b) effectively connected but is not subject to tax under an applicable income tax treaty, or
 - (c) the partner's share of a partnership's effectively connected income,
- The person named on line 1 of this form is a resident of the treaty country listed on line 9 of the form (if any) within the meaning of the income tax treaty between the United States and that country, and
- For broker transactions or barter exchanges, the beneficial owner is an exempt foreign person as defined in the instructions.

Furthermore, I authorize this form to be provided to any withholding agent that has control, receipt, or custody of the income of which I am the beneficial owner or any withholding agent that can disburse or make payments of the income of which I am the beneficial owner. **I agree that I will submit a new form within 30 days if any certification made on this form becomes incorrect.**

Sign Here

Signature of beneficial owner (or individual authorized to sign for beneficial owner)

Date (MM-DD-YYYY)

Print name of signer

Capacity in which acting (if form is not signed by beneficial owner)



CESION DE GARANTIA

Nombre del titular de póliza _____ Número de Póliza _____

El titular de póliza firmante expone como garantía la citada póliza a:

Nombre: _____

Dirección: _____

aquí llamado acreedor.

El titular de póliza firmante expone mediante el presente documento, la citada póliza con los montos totales (incluyendo cualquier deuda del titular de póliza a favor del acreedor) los mismos que son y pueden ser pagaderos, según se establece bajo este documento y junto con todos los otros derechos y privilegios ahora establecidos en el suscrito.

Sin embargo, con la condición de que sin menoscabar la generalidad de lo dicho anteriormente, el derecho a designar y a cambiar al acreedor, siempre que la póliza no haya sido rescatada, se reserve y se excluya de dicha cesión.

Además, con la condición de que la reserva de este derecho no perjudique el derecho del acreedor a rescatar la póliza por completo y de que cualquier cambio o designación del acreedor sea hecho sujeto a esta cesión y a los derechos del acreedor.

Best Meridian está por la presente autorizada y dirigida a pagar en su totalidad o parcialmente al acreedor (no mayor de la deuda del titular de póliza a favor del acreedor) ahora y de aquí en adelante pagadera bajo la póliza con la sola demanda del acreedor de dicho pago y sin investigar la razón para cualquier acción tomada por el acreedor y, el titular de póliza firmante está de acuerdo en indemnizar y mantener libre de todo perjuicio a Best Meridian por cualquier reclamo planteado por el titular de póliza firmante o sus sucesores interesados por causa de dicho pago. El acreedor está de acuerdo en que esta póliza será rescatada solo si el titular de póliza deja de cumplir con el reembolso de cualquier deuda pagadera a favor del acreedor.

En caso de que se de cualquier desacuerdo entre las cláusulas de esta cesión y las cláusulas de otro documento u otra evidencia de deuda entre el titular de póliza firmante y el acreedor, las cláusulas de esta cesión prevalecerán.

En fe de lo cual el suscrito ha elaborado este documento, el día _____ de _____

de 20 _____ en la ciudad de _____ en el estado(país) de _____

Testigo

Titular de Póliza

Registrado por Best Meridian Insurance Company, Miami, Florida el día _____ de _____ de 20 ____

Al registrar esta cesión, Best Meridian no asume responsabilidad por su validez o efecto legal.

Funcionario Autorizado de la Compañía



BEST MERIDIAN
INSURANCE COMPANY

New application (*Nueva solicitud*) ☐

In force policy (*Póliza en vigor*) ☐ Policy number (*Número de póliza*) _____

MINOR CUSTODIAN DESIGNATION
DESIGNACION DE GUARDIAN (TUTOR) PARA MENORES

Name of insured (<i>Nombre del asegurado</i>)	Policyowner (if other than insured) (<i>Titular de póliza - si diferente al asegurado</i>)
--	---

I hereby designate _____ as custodian for the minors named as beneficiaries on the above-referenced insurance policy under the Florida Uniform Transfers to Minors Act.

(*Por este medio designo a dicha persona como guardián (tutor) de los menores nombrados como beneficiarios en la póliza arriba mencionada bajo el "Florida Uniform Transfers to Minors Act"*).

Dated at _____, this _____ day of _____, 20____
(*Fecha en*) (el) (día de) (del)

Signature of insured (*Firma del asegurado*)

Signature of policyowner, if other than insured
(*Firma del titular de póliza, si diferente al asegurado*)

Witness – Agent (*Testigo – Agente*)

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY (BMIC) shall not be responsible for the application or disposition of the insurance proceeds by said custodian and the receipt by such custodian shall be full discharge of BMIC's liability under the above-mentioned life insurance plan.

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY (BMIC) no será responsable por el uso o disposición que el guardián (tutor) realice con los beneficios del seguro y el recibo de los mismos por parte del guardián (tutor) servirá como total liberación de cualquier responsabilidad de BMIC bajo el plan de seguro de vida arriba mencionado.



AUTORIZACION PARA PAGOS CON TARJETA DE CREDITO

ASEGURADO _____

NOMBRE DEL DUEÑO DE LA TARJETA _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____ NUMERO DE POLIZA/S _____

AUTORIZO A BMI COMPANIES A CARGAR LA PRIMA INICIAL O DE RENOVACION DE LA POLIZA(S) ARRIBA MENCIONADA(S) A MI TARJETA DE CREDITO MASTERCARD/VISA/AMERICAN EXPRESS/DINERS CLUB. TAMBIEN AUTORIZO EL CARGO DE 2.5% POR ESTA TRANSACCION.

NOTA: POR FAVOR INCLUIR LOS 3 DIGITOS DE SEGURIDAD "CVS" LOS CUALES APARECEN AL RESPALDO DE LA TARJETA (CERCA LA BANDA DE LA FIRMA).

☐ MASTER CARD ☐ VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ DINERS CLUB

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

NUMERO DE CUENTA

3 DIGITOS DE SEGURIDAD _____

PRIMA \$ _____

2.5% CARGO \$ _____

TOTAL \$ _____

MES - AÑO

	/	
--	---	--

FECHA DE EXPIRACION

FIRMA

FECHA (MES, DIA, AÑO)

Business Men's Insurance Corporation

1320 South Dixie Highway • 6th Floor • Coral Gables, FL 33146. Telephone: (305)443-2898 • Fax: (305)442-8486 • e-mail: bmiplatinum@bmicos.com