

☐ Horizon
 ☐ Axyx
 ☐ Eduplan
 ☐ Scholar
 ☐ Invest Plus
 ☐ College Plus
☐ Deseo recibir el contrato de la póliza impreso (Incurrir en costo de US\$75.00/E\$75.00)

Página 1 de 4

1./ Datos del Asegurado/Pensionado:

Primer Nombre			Segundo Nombre		
Primer Apellido			Segundo Apellido		
Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Edad	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Viudo		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	
Peso Kgs. Lbs.	Altura Mtrs. Pies	Fumador ☐ Sí ☐ No			
País de Nacimiento y Residencia		Número de ID		Ocupación	
Nombre de la Compañía		Ingreso Individual Anual		Ingreso Familiar Anual	
Años/Meses en el Empleo		Naturaleza Negocio		Tareas que Realiza	
Ciudadanía o Residencia					
EE.UU. ☐ Sí ☐ No	Islas Vírgenes Británicas ☐ Sí ☐ No	País de Ciudadanía			
Otros Países de Ciudadanía		Es su cónyuge Ciudadano/a de EE.UU o Islas Vírgenes Británicas? ☐ Sí ☐ No			

2./ Datos del Propietario (si es diferente al Asegurado/Pensionado):

Primer Nombre			Segundo Nombre		
Primer Apellido			Segundo Apellido		
Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Edad	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Viudo		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	
País de Nacimiento y Residencia			Número de ID		
Parentesco con el Asegurado/Pensionado				Fumador ☐ Sí ☐ No	
Ocupación		Ingreso Individual Anual		Ingreso Familiar Anual	
Nombre de la Compañía			Años/Meses en el Empleo		
Naturaleza del Negocio			Tareas que Realiza		
Ciudadanía o Residencia					
EE.UU. ☐ Sí ☐ No	Islas Vírgenes Británicas ☐ Sí ☐ No	País de Ciudadanía			
Otros Países de Ciudadanía		Es su cónyuge Ciudadano/a de EE.UU o Islas Vírgenes Británicas? ☐ Sí ☐ No			

3./ Datos Pensionado Designado: (si desea designar un Pensionado diferente)

Primer Nombre			Segundo Nombre		
Primer Apellido			Segundo Apellido		
Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Edad	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Viudo		Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	
País de Nacimiento y Residencia		Número de ID			
Parentesco con el Asegurado/Pensionado				Fumador ☐ Sí ☐ No	
Ocupación		Ingreso Individual Anual		Ingreso Familiar Anual	
Nombre de la Compañía		Años/Meses en el Empleo			
Naturaleza del Negocio		Tareas que Realiza			
Ciudadanía o Residencia					
EE.UU. ☐ Sí ☐ No	Islas Vírgenes Británicas ☐ Sí ☐ No	País de Ciudadanía			
Otros Países de Ciudadanía		Es su cónyuge Ciudadano/a de EE.UU o Islas Vírgenes Británicas? ☐ Sí ☐ No			

4./ Datos del Plan:

Frecuencia de Pago ☐ Mensual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Anual		Forma de Pago ☐ T.C. ☐ Cheque ☐ Transfer ☐ Débito a cuenta	
Clase ☐ A ☐ E	Serie Con Seguro ☐ Sin Seguro ☐	Período de Contribución Años	
Período de Diferimiento Años		Período de Retiro/Estudio Años	
Edad al Retiro/Estudio Años		Monto Total Esperado al Retiro/Estudio (*) 	
Monto Pagado con la Solicitud 		Monto Contribución Anual 	

5./ Beneficiarios Principales del Asegurado/Pensionado Propuesto (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Parentesco	%

6./ Beneficiarios Contingentes del Asegurado/Pensionado Propuesto (familiares):

Nombre Beneficiario	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Parentesco	%

Si el Beneficiario tiene el parentesco de Cónyuge o Conviviente, indicar si tiene:

☐ Póliza de vida vigente
 ☐ Solicitud en proceso
 ☐ Ninguno

Esta sección es obligatoria solo para planes CON SEGURO que no requieren Cuestionario Médico por cotización.

Tipo de Sangre		Rh	
A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐		+ ☐ - ☐	
		Sí	No
1.- ¿Ha usted aumentado o disminuido más de 10 Lbs. (5 Kgs) de peso en el último año?		☐	☐
2.- ¿Hay algún antecedente de enfermedades mentales, tuberculosis, epilepsia, suicidio o diabetes en su familia?		☐	☐
3.- ¿Existe alguna historia médica de enfermedades hereditarias en su familia?		☐	☐
4.- ¿Ha fallecido algún miembro de su familia inmediata como resultado de cáncer, enfermedades de los riñones o del corazón, diabetes o alta presión arterial antes de la edad de 65 años?		☐	☐
5.- ¿Está usted actualmente tomando medicina sin prescripción médica o está usted bajo tratamiento por uso de drogas o alcohol?		☐	☐
6.- ¿Está tomando usted actualmente algún medicamento?		☐	☐
7.- ¿Ha sido usted sometido a cirugía o se le ha aconsejado a ello durante los últimos 10 años?		☐	☐
8.- ¿Ha sido usted sometido a un examen físico o ha sido examinado por un médico en los últimos 10 años?		☐	☐
9.- ¿Se le han hecho radiografías, electrocardiogramas o exámenes de sangre en los últimos 10 años o tiene resultados de algún examen pendiente por recibir?		☐	☐
10.- ¿Ha tenido usted enfermedades de transmisión sexual o del aparato reproductor en los últimos 10 años?		☐	☐
11.- ¿Ha sido usted diagnosticado por un médico o tratado para VIH o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?		☐	☐
12.- ¿Ha usado usted alguna vez nicotina en cualquier forma?		☐	☐
13.- ¿Durante los últimos 10 años ha usado usted heroína, morfina, otros narcóticos, marihuana, cocaína, barbitúricos, anfetaminas o drogas alucinógenas?		☐	☐
14.- ¿Está usted total o parcialmente incapacitado? ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por 10 ó más días por razones de salud?		☐	☐

		Sí	No
15.- ¿Ha sido usted paciente o le han aconsejado internarse en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico, tratamiento u operación?		☐	☐
16.- ¿Ha tenido una enfermedad, condición, desorden o defecto físico no mencionado anteriormente?		☐	☐
17.- Indique si en los últimos 10 años usted ha sido diagnosticado, tratado o se le ha aconsejado tratarse para: a.- Enfermedades mentales, convulsiones, mareos, epilepsia o cualquier otra enfermedad que afecte el sistema nervioso, desvanecimiento, dolores de cabeza crónicos o desordenes psicológicos. b.- Tumores, cáncer, diabetes, derrame cerebral, alta presión arterial, colesterol alto o cualquier otro desorden de la sangre, tiroides, riñones, hígado, corazón, sistema gastrointestinal o respiratorio. c.- Neuritis, artritis o cualquier enfermedad, desorden en los músculos, huesos, columna vertebral, espalda o articulaciones.		☐	☐
18.- ¿Se ha medido la presión arterial en los últimos 2 años? Sistólica _____ Diastólica _____		☐	☐
19.- ¿Se ha medido el azúcar en la sangre en los últimos 2 años? Resultado (1) _____ Resultado (2) _____		☐	☐
20.- ¿Se ha sometido a una colonoscopia y/o endoscopia?		☐	☐
21.- ¿Ha sido usted rechazado, diferido o aceptado con una prima adicional o bajo términos especiales de cobertura para una cobertura de seguros de vida, incapacidad o de salud?		☐	☐
Solo para Mujeres			
22.- ¿Está usted embarazada?		☐	☐
23.- ¿Se ha hecho una prueba de Papanicolau?		☐	☐
24.- ¿Se ha hecho una mamografía y/o ecografía de mamas?		☐	☐
25.- ¿Ha padecido o ha sido usted diagnosticada con algún desorden ginecológico?		☐	☐
Solo para Hombres			
26.- ¿Se ha hecho usted un examen rectal o de próstata?		☐	☐

Detallar a continuación toda la información del Asegurado/Pensionado Propuesto sobre cualquier pregunta respondida afirmativamente en la Sección 7 de esta Solicitud

Asegurado	Pregunta	Fecha	Diagnóstico/Tratamiento/Resultado	Nombre y Dirección del Médico/Institución Hospitalaria
Médico Principal			Última Visita	
Nombre:			Fecha:	
Teléfono:			Razón:	
Dirección:			Resultados:	

8./ CuestionarioAdicional:

	Sí	No		Sí	No	
1.- ¿Viaja usted en aviones privados independientes o no pertenecientes a líneas aéreas comerciales? <i>(utilizar cuestionario especial de aviación)</i>	☐	☐	Colocar una coma despues de la palabra afirmativo: ☐ Tripulación ☐ Pasajero Frecuencia _____	7.- ¿Requiere su ocupación viajar? En caso afirmativo indicar destinos y frecuencia:	☐	☐
2.- ¿Tiene usted licencia de piloto? <i>(en caso afirmativo utilizar cuestionario especial de aviación)</i>	☐	☐		8.- ¿Usa Ud. algún transporte personal diferente de un automóvil? Indique tipo:	☐	☐
3.- ¿Ha participado en los últimos 3 años o piensa participar en carreras de motocicletas, volar en deslizador, volar en globos, paracaidismo en caída libre, aviación, paracaidismo, lanzamiento en acantilados, alpinismo, submarinismo, salto en correa elástica o cualquier deporte similar? <i>(en caso afirmativo utilizar cuestionario de deportes peligrosos)</i>	☐	☐		9.- ¿Tiene usted algún pasatiempo? Si la respuesta es afirmativa, indique: Tipo _____	☐	☐
4.- ¿Practica usted algún deporte? Si la respuesta es afirmativa, indique: Tipo _____ Frecuencia _____	☐	☐		10.- ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Si la respuesta es afirmativa, indique: Tipo _____ Frecuencia _____	☐	☐
5.- ¿Usa usted arma de fuego? <i>(en caso afirmativo utilizar cuestionario de cacería y tiro)</i>	☐	☐		11.- ¿Fuma usted? Si la respuesta es afirmativa, indique: Tipo _____ Frecuencia _____	☐	☐
6.- ¿Maneja productos explosivos, radioactivos, tóxicos o químicos? Explique: _____ _____	☐	☐				

9./ Completar por asegurado y/o pensionado (Incluido planes SIN SEGURO):

	Sí	No
1.- ¿Ha sido usted investigado, enjuiciado, condenado o convicto por algún delito?	☐	☐
2.- ¿Ha sido usted secuestrado o ha sido víctima de algún atentado en el pasado?	☐	☐
3.- ¿Dispone de los servicios de "Guardaespaldas", o cualquier servicio de seguridad personal? <i>(en caso afirmativo utilizar cuestionario de personas protegidas)</i>	☐	☐

10./ Completar si el asegurado/pensionado es menor de 18 años:

1.-¿Están todos los hermanos igualmente asegurados?	☐ Sí	☐ No	2.-¿Tienen seguro de vida los padres/guardianes?	☐ Sí	☐ No
---	---------------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------

11./ Seguros Adicionales:

1.-¿Tiene usted algún seguro de vida vigente?	☐ Sí	☐ No	2.- ¿Tiene usted solicitudes de seguros de vida pendientes con otra compañía actualmente?	☐ Sí	☐ No
---	---------------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------	---------------------------------------

Detallar a continuación por Asegurado (s) Propuesto (s) toda la información sobre cualquier pregunta respondida afirmativamente en la "Sección 11" de esta Solicitud					
Asegurado	Pregunta	Nombre de la Compañía de Seguros de Vida	Fecha Efectiva	Cantidad Asegurada/Monto de Retiro	¿A que Póliza sustituye la actual?
				-	
				-	

12./ Para ser respondido por el Asesor:

1.- ¿Hace cuánto tiempo y que tan bien conoce usted al Solicitante? _____ 2.- Si usted es familiar o tiene algún parentesco con el Solicitante por favor indíquelo: _____ 3.- Si el Solicitante tiene alguna relación con alguna persona en la cadena de agentes por favor indíquelo: _____ 4.- Según su conocimiento, declare el Ingreso Familiar Anual del Solicitante: _____ 5.- Objetivo Principal: Indique que motivó al cliente a tomar este Plan Personal ☐ Ahorro ☐ Planificación Hereditaria ☐ Retiro/Jubilación ☐ Protección Familiar Negocio ☐ Persona Clave ☐ Protección Contra Deudas ☐ Compañía Anónima ☐ Sociedad	6.- Alguno de los solicitantes tiene o ha tenido: a.- Cargo Político/Elección Popular Sí ☐ No ☐ Aseg./Detalle _____ b.- Cargo Militar Sí ☐ No ☐ Aseg./Detalle _____ c.- Función Gubernamental/Cargos Públicos Sí ☐ No ☐ Aseg./Detalle _____ d.- Familiares cercanos con cargo político/elección popular o cargo militar Sí ☐ No ☐ Aseg./Detalle _____ Comentarios Adicionales:
--	--

13./ Opciones de Inversión: (Sólo seleccione una de las dos alternativas presentadas 1 ó 2)

1.- ☐ Perfiles Pre-establecidos - Distribución automática de activos Por favor marque el perfil del plan como aparece en su Ilustración: ☐ Moderado * Preservación de Capital * Cortos Horizontes de Tiempo ☐ Con Garantía * Mínimo garantizado * Cueta de Reserva ☐ Crecimiento Indexado * Potencial de Volatilidad * Mayor Periodo de Inversión ☐ Recomendado * Re-Balanceado por la compañía ☐ S&P 500 (SPY) Perfil de Inversión para Invest Plus Y College Plus	2.- ☐ Perfil Personalizado Adjunte la planilla "Designación y Cambios de Perfiles de Inversión" a. Puede escoger hasta un máximo de 10 índices/fondos para el Plan. b. Únicamente seleccione índices/fondos de la tabla que le corresponda según el Plan y la moneda escogida.
---	---

(*) Importante: Las inversiones no están garantizadas y pueden sufrir altas y bajas debido a fluctuaciones en los mercados de capitales. Statetrust Life and Annuities, Ltd. no está en capacidad de predecir el rendimiento futuro de las inversiones. El desempeño en el pasado no garantiza el desempeño futuro (es posible que existan pérdidas de capital). Las inversiones son principalmente en fondos mutuales o índices de mercado ("ETF") de los diferentes mercados del mundo, incluyendo, pero no limitado a, Inversiones en fondos/índices de renta fija, renta variable, fondos en monedas, fondeos en países desarrollados, en vías de desarrollo y otros, entre los cuales pueden haber fondos mutuales manejados por empresas filiales o relacionadas de StateTrust Life and Annuities, Ltd. y Ud. debe recibir y leer con detenimiento el prospecto de cada fondo o índice donde los aportes netos después de gastos del Plan/Póliza estén siendo invertidos.

La composición de cada Perfil de Inversión será determinada por StateTrust Life. StateTrust, a su discreción, podrá en cualquier momento realizar compras/ventas de inversiones o fondos específicos en cada Perfil de Inversión, en adición a lo descrito para cada día de cálculo (ver condicionado). Las compras o ventas de fondos, índices u otras inversiones pudieran tener cargos de comisiones u otros gastos por parte de la casa de bolsa o corretaje o la entidad financiera a través de la cual se ejecuten las transacciones, y que no forman parte de los gastos, deducciones mensuales y otras deducciones descritas en este documento. Estas comisiones y gastos están reflejadas en el precio neto de compra/venta de la inversión. Actualmente StateTrust utiliza los servicios de una empresa afiliada, StateTrust Investments, Inc. para la ejecución de estas transacciones

14./ Declaración del Asegurado:

Yo Nombre Asegurado, declaro que las respuestas e informaciones contenidas en esta solicitud son consistentes, ciertas, completas y han sido correctamente anotadas. También autorizo a que los formularios, correos electrónicos y cualquier comunicación escrita con información referente a mí, a mi salud y a mi información crediticia financiera formen parte de esta solicitud de seguro y una vez emitida la póliza o plan, formarán parte integral del contrato. Entiendo que si cualquier respuesta y/o declaraciones son falsas o se han anotado incompletas, la póliza o plan emitido pudiere ser nula. Convengo en que cualquier póliza o plan basado en esta solicitud no entrará en efecto a menos y hasta que: a) la póliza o plan sea emitido durante la vida del asegurado propuesto; b) la compañía haya recibido la prima completa durante la vida del asegurado propuesto. Entiendo que ningún asesor ni corredor está autorizado para aceptar riesgos o transferir la asegurabilidad, para hacer o modificar contratos o para dispensar ninguno de los derechos o requerimientos de la compañía. Entiendo que ninguna dispensa ni modificación será vinculante para la compañía a menos que sea por escrito. Entiendo que este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será admitida. Autorizo a cualquier médico, profesional de la salud o institución médica, compañía de seguros, institución financiera, la Oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra institución o persona que tenga cualesquiera registros de conocimientos míos, de mi salud o de mi información crediticia y financiera para que provea dicha información a StateTrust Life and Annuities o a sus reaseguradores, si deciden solicitar dicha información para determinar la elegibilidad para el seguro, al momento de someter esta solicitud, durante la vigencia de la póliza o plan y al término de la misma por motivos de fallecimiento del asegurado y/o vida asegurada o mientras se efectúe el procesamiento del reclamo. También convengo que una fotocopia de la misma es tan válida como el original y que yo pudiera solicitar una copia de esta autorización. Entiendo y convengo que la compañía no está bajo obligación alguna de pagar un reclamo bajo la póliza solicitada a menos que mis beneficiarios le proporcionen esta misma autorización en el caso de un reclamo.

Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta aplicación sea tratada como una versión original para todo efecto por StateTrust Life and Annuities, y de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Yo entiendo y doy mi consentimiento para que la compañía obtenga muestras de sangre, orina, saliva u otras para análisis de asegurabilidad. Entiendo que estos exámenes serán realizados exclusivamente por laboratorios autorizados por la compañía y que pueden incluir determinaciones para detectar la presencia de anticuerpos de VIH, riesgo de enfermedades cardíacas o conductos sanguíneos, desórdenes del hígado, riñones, diabetes, hepatitis viral, antígenos prostáticos, desórdenes autoinmunes, nicotina y uso de drogas. Entiendo que los resultados obtenidos serán entregados solamente a la compañía para la evaluación del riesgo de mi solicitud de seguro de vida y que serán tratados de forma confidencial. En caso de resultados positivos reservados, seré contactado directamente.

Código AG	Fecha	Firma del Asegurado / Pensionado	Fecha
(si el Asegurado es menor de 8 años debe firmar el Padre/Madre o Representante Legal)			

Firma AG	Fecha	Firma del Propietario (si es diferente del Asegurado)	Fecha
----------	-------	---	-------

**- NO SE ACEPTAN PAGOS EN EFECTIVO-
CHEQUES EN US DOLARES DEBEN SER EMITIDOS A
NOMBRE DE STATETRUST LIFE AND ANNUITIES.**

15./ Datos de Contacto:

Asegurado/Pensionado:	Pensionado Designado: <i>(en caso que corresponda)</i>	Propietario:
Dirección Residencial	Dirección Residencial	Dirección Residencial
Ciudad/Estado/País/Código Postal	Ciudad/Estado/País/Código Postal	Ciudad/Estado/País/Código Postal
Dirección Laboral	Dirección Laboral	Dirección Laboral
Ciudad/Estado/País/Código Postal	Ciudad/Estado/País/Código Postal	Ciudad/Estado/País/Código Postal
Teléfono Residencial Celular	Teléfono Residencial Celular	Teléfono Residencial Celular
Teléfonos Laborales/Fax	Teléfonos Laborales/Fax	Teléfonos Laborales/Fax
Correo Electrónico Personal	Correo Electrónico Personal	Correo Electrónico Personal
Correo Electrónico Laboral	Correo Electrónico Laboral	Correo Electrónico Laboral

SOBRE LA EMPRESA STATETRUST LIFE & ANNUITIES LIMITED

StateTrust Life & Annuities, Ltd. es una empresa internacional de seguros con domicilio en las Islas Vírgenes Británicas (IVB) y regulada por la Comisión de Servicios Financieros de las IVB, que dispone de una amplia gama de instrumentos financieros que incluyen pólizas de seguros de vida, planes de retiro y educación, entre otros.

SOBRE LAS POLIZAS Y PLANES QUE OFRECE LA EMPRESA

Entre los diversos instrumentos financieros disponibles, entiendo que he adquirido una póliza de seguro de vida o un plan de anualidad para retiro o educación que podría tener un componente de inversión en instrumentos de mercado de capitales, por lo que acepto que los porcentajes contenidos en la propuesta son tasas de rendimiento estimadas que persiguen acumular recursos monetarios a largo plazo. Estas pólizas/planes no tienen monto de capital garantizado, salvo que se indique expresamente lo contrario en el condicionado respectivo, por lo que no son depósitos bancarios, ni cuentas de ahorro, y no poseen seguro otorgado por entidad gubernamental alguna.

Las inversiones realizadas dentro de las pólizas/planes pueden sufrir oscilaciones en su precio y valor debido a fluctuaciones en los mercados de capitales. Estoy al tanto de que las inversiones en estos instrumentos financieros son efectuadas en fondos mutuales o índices de mercado (ETF) en renta fija y renta variable y las mismas se adecuan a lo que considero es mi perfil de riesgo.

Entiendo que StateTrust Life & Annuities, Ltd. y sus empresas relacionadas no pueden anticiparse a acontecimientos futuros e inciertos, ni evitar eventos macroeconómicos, financieros, políticos y de cualquier otra índole que pueden afectar adversamente las inversiones realizadas bajo mi consentimiento.

SOBRE LAS MONEDAS PARA SUSCRIBIR Y RENOVAR

Entiendo y acepto que las únicas monedas que StateTrust Life & Annuities, Ltd. recibe para la suscripción y renovación de las pólizas/planes son el DÓLAR DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA y el EURO (Divisas Elegibles), mediante transferencia, tarjeta de crédito, débito en cuenta bancaria o cheque, con exclusión de cualquiera otra moneda de pago. La empresa, sus empleados, asociados, agentes o directores no están obligados, facultados o autorizados para recibir ninguna otra moneda o gestionar la obtención de las monedas antes señaladas con el propósito de suscribir o renovar pólizas/planes. Reconozco mi disponibilidad y capacidad para obtener y mantener de forma lícita las Divisas Elegibles, independientemente de las restricciones de convertibilidad y transferibilidad monetaria que pudieran aplicar en mi país de residencia.

ESTRUCTURA DE COSTOS

El agente me ha proporcionado información acerca de la estructura de costos de estos servicios. La misma está incluida en la ilustración y en el condicionado de la póliza/plan correspondiente. Reconozco que la adquisición de la póliza/plan puede tener implicaciones fiscales.

VALORES DE RESCATE

Entiendo que las pólizas/planes con ahorro son a largo plazo y que pueden existir cargos de rescate al solicitar el pago anticipado de la póliza/plan, lo cual puede producir pérdidas sobre lo invertido o cancelación de la cobertura.

DECLARACIÓN COMPLEMENTARIA

Declaro que:

- He leído este documento en su integridad, he comprendido su contenido y acepto sus términos;
- Acepto que StateTrust Life & Annuities, Ltd. pone a mi disposición alternativas de inversión, cuyo comportamiento y rendimiento no están garantizados, salvo que se indique expresamente lo contrario en el condicionado respectivo, mediante diversas pólizas/planes que poseen un componente de inversión;
- El Agente ha sido claro, transparente, amplio, y diligente en el proceso de información y comercialización, razón por la cual me encuentro satisfecho con los términos de la propuesta.

CLIENTE**X**

Firma

Nombre

Fecha