

Número de Póliza:	Moneda del Plan:	Lighthouse <input type="checkbox"/>	Legacy <input type="checkbox"/>	Compass <input type="checkbox"/>	Compass Index <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	US\$ <input type="checkbox"/> Euros € <input type="checkbox"/>	Sentinel <input type="checkbox"/>	Axys <input type="checkbox"/>	Horizon <input type="checkbox"/>	Horizon Growth <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> New			Scholar <input type="checkbox"/>	Eduplan <input type="checkbox"/>	Eduplan Growth <input type="checkbox"/>

Agente:	Oficina:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Primer Nombre	Primer Apellido

Propietario:		
<input type="text"/>		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido

Asegurado:		
<input type="text"/>		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido

Declaración del Cliente:

Aseguro que la totalidad de los fondos que entrego al Sr./Sra.: _____

son de mi propiedad y que la cantidad entregada equivalente en dólares estadounidenses ó en euros es de: _____

Aseguro que todo el dinero, va destinado al pago de la(s) prima(s) de mi(s) póliza(s) y que en caso de que parte o la totalidad de esos fondos tuvieran otra finalidad, procedería a informar en esta planilla a StateTrust Life and Annuities, Ltd. También declaro que la relación existente entre yo como Asegurado/Propietario de este Plan y el emisor del pago es miembro familiar y/o socio comercial (por favor seleccione la relación que corresponda a su caso particular). En el caso de los fondos estipulados en el presente documento para el pago de la prima inicial, estos se reciben en calidad de depósito durante el período de depuración del riesgo. Los mismos serán aplicados como pago de prima únicamente cuando la compañía de seguros haya emitido el contrato de póliza. El depositante reconoce que en caso de no emitirse la póliza, la compañía podrá proceder a la devolución de los mismos y que el presente recibo no significa bajo ningún concepto la aceptación del riesgo que se solicita asegurar.

Declaro expresamente que mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal del país donde resido permanentemente.

La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable. De manera irrevocable autorizo a StateTrust Life and Annuities, Ltd. o a quien ellos designen, a verificar, consultar, solicitar información relacionada con mi actividad comercial y/o financiera a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos. Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Declaración del Emisor del Cheque/Transferencia/ACH:

Aseguro que la propiedad de los fondos en moneda local para el pago de esta póliza son del Sr./Sra.: _____

y que la cantidad recibida por mí equivalente en dólares estadounidenses ó en euros es de: _____, también confirmo que el monto recibido será utilizado para generar un cheque/transferencia/ACH en dólares estadounidenses ó en euros a nombre de StateTrust Life and Annuities, Ltd. para el pago de una póliza. Entiendo que no tengo derechos ni obligaciones sobre el pago de las primas de la mencionada póliza, sin embargo también entiendo que estoy obligado a honrar el cheque/transferencia/ACH realizado a través de mi cuenta personal/corporativa y que no tengo nada que reclamar a StateTrust Life and Annuities, Ltd. una vez cobrado el cheque/transferencia/ACH de mi cuenta.

Declaro expresamente que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal del país donde resido permanentemente. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable. De manera irrevocable autorizo a StateTrust Life and Annuities, Ltd. o a quien ellos designen, a verificar, consultar, solicitar información relacionada con mi actividad comercial y/o financiera a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos.

Nombres y Apellidos completos del Emisor:

Firma del Emisor:

Nombre completo de la Compañía Emisora (si aplica):

Fecha: