



**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

(Herein denominated The Company or MWG International  
(Denominada en este documento La Compañía o MWG International)

75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

**Contract #**  
Contrato #

## SUBJECT: Representative Agreement for International Insurance

ASUNTO: Contrato de representación de ventas de seguros internacionales  
para no residentes de los Estados Unidos de Norteamérica

**Name:**  
NOMBRE:



**(If applicable,**  
si aplica) **SS#**



(First Name/Nombre)(Middle Initial/Inicial)(Last Name/APELLIDO)

**Company or Organization:**  
Compañía u Organización:



**Do you want this contract to be issued under The Company / Organization Name?**  
¿Desea usted que este contrato sea emitido bajo el nombre de La Empresa / Organización?

**Yes:**  
Sí:

**No:**  
No:

**Company Type**  
Tipo de Compañía



**(If applicable,**  
si aplica) **Tax ID #:**



(Corp., S.A., Ltd., etc.)

**Mailing Address:**  
Dirección Postal:



**Zip Code:** zip  
Código Postal:



**City:**  
Ciudad:



**Country:**  
País:



**Telephone:**  
Teléfono:



**Cellular:**  
Celular:



**eMail:**  
email:





1. This agreement establishes the relationship between the Sales Representative and MWG International.
  2. Effective Date/Termination:
    - a. This agreement becomes effective on the day signed by The Company.
    - b. This agreement will remain in force unless cancelled or modified by The company.
  3. Conditions for which the contract would be cancelled or modified are as follows:
    - a. Lack of Production- If no new businesses are received within a 120-day period, The Company has the option to cancel or modify the contract. This provision may be extended if The Company approves a request for a leave of absence. To keep the contract in force it is necessary to produce a minimum premium according to the Minimum Production Contract Agreement attached.
    - b. Poor Persistency or Moving Policies- If a sales representative's persistency drops below 50% per year, or if the sales representative convert any policy issued by insurers represented by MWG International, the company or affiliates without completing a replacement form and without the permission of The Company, The Company may cancel or modify the contract or the remaining policies may be reassigned to another representative.
    - c. The sales representative is unable or unwilling to provide policy service or assistance to the insured.
    - d. Loss of License (if applicable) - Sales Representative ceases to be a licensed insurance broker with the capacity of sales and service for any reason.
    - e. Legal Restrictions- Legal restrictions which would prevent the company from doing business with the representative.
    - f. Cause- Misrepresentation of The Company by the sales representative, improper handling of premiums or commissions or participation or involvement in fraudulent activity including but not limited
1. Este contrato establece la relación entre el Representante de ventas y MWG International.
  2. Fecha de efectividad/Terminación:
    - a. Este contrato se hace efectivo en la fecha en que es firmado por La Compañía.
    - b. Este contrato se mantendrá vigente a no ser que sea cancelado o modificado por La Compañía.
  3. Las condiciones por las cuales este contrato puede ser cancelado o modificado son las siguientes:
    - a. Falta de Producción- Si no se reciben nuevos negocios en un período de 120 días, La Compañía tendrá la opción de cancelar o modificar el contrato. Este período de tiempo puede ser extendido si La Compañía lo aprueba. Para mantener el contrato vigente es necesario tener un mínimo de producción, de acuerdo al standard mínimo por contrato, que se adjunta.
    - b. Poca Persistencia- Si la persistencia de un Representante de Ventas bajará de un 50% por año o si el representante de ventas convierte cualquier póliza emitida por los aseguradores, que La Compañía o sus afiliados representan, sin antes completar el formulario de reemplazo o sin permiso de La Compañía, La Compañía podrá cancelar o modificar el contrato o las pólizas restantes podrán ser asignadas a otro Representante de Ventas.
    - c. El Representante de Ventas no tiene la capacidad o no desea continuar prestándole servicio al asegurado.
    - d. Perdida de licencia (si aplica)- Si por cualquier razón el representante de ventas deja de ser un agente o corredor de seguros licenciado para la venta y servicio.
    - e. Restricciones Legales- Cualquier restricción legal que pudiera evitar que La Compañía hiciera negocios con el Representante de Ventas.
    - f. Causa- Representación inapropiada de La Compañía por parte del Representante de Ventas, manejo indebido de la prima o de las comisiones o participación o complicidad en actividades fraudulentas relacionadas,



to, the application, premium, renewals, policy documentation, medical information or claims.

- g. Other Reason- This contract may be cancelled by either party for any other reason than the above by notice to The Company or the sales representative's last known address by giving such notice in writing at least 60 sixty days prior to the cancellation. Cancellation by this means would allow renewals to continue to be paid.
- h. All of the above reasons might be cause for the Company to lower commissions.

4. Conditions under which commission will be paid

- a. Commissions are only payable after this contract is signed and approved by The Company.
- b. A policy has been accepted for issue or renewal by The Company.
- c. The premium has been received in full by The Company and cleared through the company's bank and/or credit card company.
- d. The right to renewal commissions is vested and will continue to be paid to the sales representative even if the contract has been terminated except as defined below:
- e. Administrative fee is not commissionable.
- f. Some optional riders are not commissionable, following actuaries recommendation

5. Conditions under which commissions will not be paid:

- a. Termination of the policy whether such termination is effected by the insured or the Insurance Company.
- b. The insured has stated in writing that he/she does not desire to do business with a Sales Representative and/or requires another to be appointed.
- c. The Sales Representative is unable or unwilling to provide policy service or assistance to the insured.

ya sea con la solicitud de seguro, las renovaciones de primas/pólizas, información médica o reclamos.

- g. Otra Razón- Este contrato podrá cancelarse por cualquiera de las partes por cualquier otro motivo que no sea el anterior por aviso a La Compañía o a la última dirección conocida del Representante de Ventas, por escrito al menos sesenta (60) días antes de la cancelación. La cancelación por este medio permitirá continuar los pagos de las renovaciones.
- h. Todas las razones anteriores pueden ser motivo para que La Compañía reduzca las comisiones.

4. Condiciones para el pago de comisiones:

- a. Las comisiones serán pagadas únicamente cuando este contrato haya sido firmado y aprobado por La Compañía.
- b. La póliza haya sido aceptada para emisión o renovación por La Compañía.
- c. El pago de la prima haya sido recibido en su totalidad por La Compañía y hecho efectivo por el banco de La Compañía y/o la compañía de la tarjeta de crédito.
- d. La comisión de renovación es un derecho adquirido y esta será pagada al representante de ventas aún cuando el contrato haya sido terminado, con las excepciones mencionadas a continuación:
- e. Gastos Administrativos no serán comisionable.
- f. Algunas coberturas opcionales (riders) no son comisionables de acuerdo a reglas de los actuarios.

5. Condiciones bajo las cuales no se pagarán comisiones:

- a. Terminación de la póliza ya sea dicha terminación efectuada por el asegurado o la Compañía de Seguros.
- b. El asegurado solicitase por escrito el cambio de su Representante de Ventas y/o desea que otro representante sea nombrado en su lugar.
- c. El Representante de Ventas no tiene la facilidad o no desea continuar al servicio del asegurado.



- d. The Sales Representative is terminated for Cause as list in page # 2 above or a new sales representative was required to be assigned because of poor persistency.
- e. The Sales Representative attempts to move the policies he/she has written through The Company to another carrier.
6. It is the responsibility of the Sales Representative, to transmit / forward / deliver / communicate all documentation that The Company provides for any insured who is represented by the Sales Representative. This will include, but not be limited to, Policy documentation, Amendments or Endorsements to the policy, Renewal Notices and Non Renewal Notices. Failure to transmit / forward / deliver / communicate any documentation, could result in the cancellation of a policy, non-renewal of a policy or denial of claims.
7. Nothing contained in this agreement shall be construed to constitute a partnership or contractual employment between The Company and the Sales Representative; and the Sales Representative can not bind The Company in any respect. It is intended that the sales representative shall be an independent contractor for his/her own actions.
8. The Master General Agent and the General Agent are responsible for the actions of the Sales Representative under their hierarchy, and must provide appropriate training and continuously monitor their actions.
9. Commissions will be paid according to the Schedule of Commissions, Exhibits attached to this contract.
10. The parties hereto confer exclusive jurisdiction upon the courts of the State of Mississippi to adjudicate any legal action brought under this agreement and agree that Mississippi law shall govern its interpretation and that any legal action arising therefore shall be brought in Rankin County, Mississippi.
- d. El Representante de Ventas fuera terminado por una causa o un nuevo representante tiene que ser asignado debido a su poca persistencia.
- e. El Representante de Ventas intenta de trasladar pólizas que el o ella a hecho a través de La Compañía a otro portador.
6. Es responsabilidad del Representante de Ventas, transmitir / comunicar toda documentación que La Compañía proporcione a cualquier asegurado que esta representando. Esto incluirá, entre otros, la documentación de la póliza, enmiendas, endosos, avisos de renovación y de cancelación. No transmitir / comunicar cualquier documentación, podría resultar en la cancelación, no renovación de una póliza o negación de reclamos.
7. Nada en el contenido de este contrato será interpretado como que constituye una sociedad o relación contractual de trabajo entre La Compañía y el Representante de Ventas, y dicho representante de ventas no podrá obligar La Compañía bajo ninguna circunstancia. Se entiende que el Representante de Ventas será un contratante independiente, responsable por sus propios actos.
8. El Agente Master General y el Agente General son responsables de las acciones de los Representantes de Ventas bajo su jerarquía y tendrán que proveer entrenamiento adecuado y monitorear continuamente sus acciones.
9. Las comisiones serán pagadas según los Esquemas de Comisiones, anexos adjuntos al contrato.
10. Las partes de este contrato otorgan jurisdicción exclusiva a las cortes del estado de Mississippi para adjudicar cualquier acción legal presentada bajo este contrato, y acuerdan que cualquier acción legal procedente de este contrato será presentada en el Condado de Rankin en el estado de Mississippi.



## Minimum Production Contract Agreement *Contrato mínimo de Producción*

**MASTER GENERAL REPRESENTATIVE**  
REPRESENTANTE GENERAL MASTER

**\$300,000.00**

of gross premium per year  
de primas brutas por año

**GENERAL REPRESENTATIVE**  
REPRESENTANTE GENERAL

**\$150,000.00**

of gross premium per year  
de primas brutas por año

**REPRESENTATIVE**  
REPRESENTANTE

**\$40,000.00**

of gross premium per year  
de primas brutas por año

**Persistency must be a minimum of 50%**  
La persistencia debe tener un mínimo del

**Sales Representative / Representante de Ventas** Print Name  
Nombre (letra de imprenta)

<b>Representative / Representante</b> <small>Print Name Nombre (letra de imprenta)</small>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Representative / Representante</b> <small>Print Name Nombre (letra de imprenta)</small>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Representative / Representante</b> <small>Print Name Nombre (letra de imprenta)</small>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>General Representative / Representante General</b> <small>Print Name Nombre (letra de imprenta)</small>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Master General Representative / Representante General Master</b> <small>Print Name Nombre (letra de imprenta)</small>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Company / Compañía</b> <small>Print Name Nombre (letra de imprenta)</small>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Raúl Pozo, President (e)</b>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>



75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

**Full Name:**   
NOMBRE Completo:

(First Name/Nombre) (Middle Initial/Inicial) (Last Name/Apellido)

**Address:**   
Dirección:

**Telephone:**   
Teléfono:

**eMail:**   
email:

**Date of Birth:**   
Fecha de Nacimiento:

**Age:**   
Edad:

**Sex:**   
Sexo:

**Language:**   
Idioma:

**Marital Status:**   
Estado Civil:

**Single**    
Soltero(a)

**Married**    
Casado(a)

**Divorced**    
Divorciado(a)

**Widowed**    
Viudo(a)

**Spouse Name:**   
Nombre del Conyuge:

(First Name/Nombre) (Middle Initial/Inicial) (Last Name/Apellido)

**Education:**   
Educación:

**High School's Name:**   
Nombre de la Escuela Secundaria:

**University's Name:**   
Nombre de la Universidad:

**Personal References / Referencias Personales:**

**Name:**   
Nombre:

**Telephone:**   
Teléfono:

**Address:**   
Dirección:

**2 Name:**   
Nombre:

**Telephone:**   
Teléfono:

**Address:**   
Dirección:

**Bank References / Referencia Bancaria:**

**Name of the Bank:**   
Nombre del Banco:

**Address:**   
Dirección:

**Telephone:**   
Teléfono:





**INTERNATIONAL**

*A division of Morgan White Group*

75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

**1 How long have you lived at your present address?**

*¿Cuanto tiempo ha vivido usted en la dirección actual?*

**2 What insurance companies do you work for or are you an independent agent?**

*¿Para qué compañía de seguro trabaja usted o es usted un agente independiente?*

**3 What other insurance companies do you represent?**

*¿Que otra compañía de seguros representa?*

**4 Have you had any formal insurance training? If so, please attach any certificate or license.**

*¿Ha tenido usted entrenamiento en seguros? Si es así, favor de adjuntar una copia de certificados o licencias.*

**5 What countries do you wish to represent?**

*¿Que países desea representar?*

**6 Number of health policies you anticipate selling per month.**

*Cantidad de pólizas de salud que anticipa vender por mes:*

**Sales Representative / Representante de Ventas**

**Signature / Firma**

**Date / Fecha**

**WELCOME TO THE MORGAN-WHITE FAMILY OF COMPANIES**

**BIENVENIDO A LA FAMILIA DE COMPAÑIAS DE MORGAN-WHITE**



**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

# EXHIBIT- DISABILITY / INCAPACIDAD

## Commission Schedule / Esquema de Comisiones

75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

Contract # / Contrato #

REPRESENTATIVE'S NAME:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE:

### Disability Plans / Planes de Incapacidad

1st Year  
1er Año

Renewals  
Renovaciones

**Professional Disability Basic**  
*Incapacidad Profesional Básico*

**Professional Disability with Cash Value**  
*Incapacidad Profesional con Devolución de Prima*

**30 Month Disability Plan Basic**  
*Incapacidad de 30 Meses Plan Básico*

**30 Month Disability Plan with Cash Value**  
*Incapacidad de 30 Meses Plan con Devolución de Prima*

**60 Month Disability Plan Basic /**  
*Incapacidad de 60 Meses Plan Básico*

**60 Month Disability Plan with Cash Value**  
*Incapacidad de 60 Meses Plan con Devolución de Prima*

**Cash Protector**  
*Plan de Dinero en Efectivo Básico*

**Cash Protector with Cash Value**  
*Plan de Dinero en Efectivo con Devolución de Prima*

**Sales Representative / Representante de Ventas**

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

**General Representative / Representante General**

Signature / Firma

Date / Fecha

**Master General Representative / Representante General Master**

Signature / Firma

Date / Fecha

**Raúl Pozo, President (e)**

Company / Compañía

Signature / Firma

Date / Fecha





**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

# EXHIBIT - LIFE / VIDA

## Commission Schedule / Esquema de Comisiones

75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

Contract # / Contrato #

SALES REPRESENTATIVE'S NAME:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE VENTAS:

### Term Life Plans / Planes de Término

**1st Year**  
1er Año

**2-10Years**  
2-10 años

**10 year Term Life to age 85 year**

*Término de vida 10 años a 85 años*

**10 year Term Life to age 85 year with Cash Value**

*Término de vida 10 años a 85 años con Valor Acumulado*

**Term Life to age 80 year**

*Término de vida a 80 años*

**Term Life to age 80 year with Cash Value**

*Término de vida a 80 años con Valor Acumulado*

**25 year Term Life to age 90 year**

*Término de vida 25 años a 90 años*

**25 year Term Life to age 90 year with Cash Value**

*Término de vida 25 años a 90 años con Valor Acumulado*

<b>Sales Representative / Representante de Ventas</b>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Representative / Representante</b>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Representative / Representante</b>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Representative / Representante</b>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>General Representative / Representante General</b>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Master General Representative / Representante General Master</b>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>
<b>Raúl Pozo, President (e)</b>		
<b>Company / Compañía</b>	<b>Signature / Firma</b>	<b>Date / Fecha</b>



**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

# EXHIBIT- ANNUITIES / ANUALIDADES

## Commission Schedule / Esquema de Comisiones

75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

Contract # / Contrato #

SALES REPRESENTATIVE'S NAME:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE VENTAS:

### Annuities Plan / Plan de Anualidades

**1st Year**  
1er Año

**CD Annuity (3,4 & 5 Yrs)**

Anualidad de CD

**Simple Annuity 100 (10 yrs)**

Anualidades Simple 100 (10 Años)

**Simple Annuity 100 (15 yrs)**

Anualidades Simple 100 (15 Años)

**Simple Annuity 100 (20 yrs)**

Anualidades Simple 100 (20 Años)

**Simple Annuity 100 (25 yrs)**

Anualidades Simple 100 (25 Años)

**Simple Annuity 500 (10 yrs)**

Anualidades Simple 500 (10 Años)

**Simple Annuity 500 (15 yrs)**

Anualidades Simple 500 (15 Años)

**Simple Annuity 500 (20 yrs)**

Anualidades Simple 500 (20 Años)

**Simple Annuity 500 (25 yrs)**

Anualidades Simple 500 (25 Años)

Sales Representative / Representante de Ventas

Signature / Firma

Date / Fecha

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

General Representative / Representante General

Signature / Firma

Date / Fecha

Master General Representative / Representante General Master

Signature / Firma

Date / Fecha

**Raúl Pozo, President (e)**

Company / Compañía

Signature / Firma

Date / Fecha



**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

# EXHIBIT - HEALTH / SALUD

## Commission Schedule / Esquema de Comisiones

75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

Contract # / Contrato #

SALES REPRESENTATIVE'S NAME:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE VENTAS:

### Heath Plans/ Planes de Salud

1st Year  
1er Año

2nd Year  
2do Año

Renewals  
Renovaciones

#### Medic-Care Individual Plus Plan

#### The New American Plan

#### The New World Plan

#### The Emerald Plan

#### Worldwide Med Trust Plan

#### The Fusion Plan

### Heath Plans/ Planes de Salud

1st Year  
1er Año

2nd Year  
2do Año

Renewals  
Renovaciones

#### The Silver Medical Plan

### Group Heath Plans/ Planes de Salud de Grupos

--	--	--

Sales Representative / Representante de Ventas

Signature / Firma

Date / Fecha

--	--	--

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

--	--	--

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

--	--	--

General Representative / Representante General

Signature / Firma

Date / Fecha

--	--	--

Master General Representative / Representante General Master

Signature / Firma

Date / Fecha

<b>Raúl Pozo, President (e)</b>		
---------------------------------	--	--

Company / Compañía

Signature / Firma

Date / Fecha



**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

# EXHIBIT - HEALTH / SALUD (MÉXICO)

## Commission Schedule / Esquema de Comisiones

75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

Contract # / Contrato #

SALES REPRESENTATIVE'S NAME:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE VENTAS:

### Heath Plans/ Planes de Salud

1st Year  
1er Año

2nd Year  
2do Año

Renewals  
Renovaciones

The New American Plan

The New World Plan

Worldwide Med Trust Plan

The Fusion Plan

### Heath Plans/ Planes de Salud

1st Year  
1er Año

2nd Year  
2do Año

Renewals  
Renovaciones

The Silver Medical Plan

Group Heath Plans/ Planes de Salud de Grupos

Sales Representative / Representante de Ventas

Signature / Firma

Date / Fecha

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

General Representative / Representante General

Signature / Firma

Date / Fecha

Master General Representative / Representante General Master

Signature / Firma

Date / Fecha

**Raúl Pozo, President (e)**

Company / Compañía

Signature / Firma

Date / Fecha



**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

# EXHIBIT - SAVINGS / AHORROS

## Commission Schedule / Esquema de Comisiones

75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

Contract # / Contrato #

SALES REPRESENTATIVE'S NAME:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE VENTAS:

### International Savings Products Productos Internacionales de Ahorros

1st Year  
1er Año

2nd Year  
2do Año

3rd Year  
3er Año

**Guaranteed Savings Plan (10 Years)**  
Plan de Ahorro Garantizado (10 Años)

**Principal Guaranteed Savings Plan (10 Years)**  
Plan de Ahorro Principal Garantizado (10 Años)

**Guaranteed Savings Plan (15 Years)**  
Plan de Ahorro Garantizado (15 Años)

**Principal Guaranteed Savings Plan (15 Years)**  
Plan de Ahorro Principal Garantizado (15 Años)

**Guaranteed Savings Plan (20 Years)**  
Plan de Ahorro Garantizado (20 Años)

**Principal Guaranteed Savings Plan (20 Years)**  
Plan de Ahorro Principal Garantizado (20 Años)

**Guaranteed Savings Plan (25 Years)**  
Plan de Ahorro Garantizado (25 Años)

**Principal Guaranteed Savings Plan (25 Years)**  
Plan de Ahorro Principal Garantizado (25 Años)

Sales Representative / Representante de Ventas

Signature / Firma

Date / Fecha

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

General Representative / Representante General

Signature / Firma

Date / Fecha

Master General Representative / Representante General Master

Signature / Firma

Date / Fecha

**Raúl Pozo, President (e)**

Company / Compañía

Signature / Firma

Date / Fecha



**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

# EXHIBIT - SAVINGS / AHORROS

## Commission Schedule / Esquema de Comisiones

75 Valencia Ave, Suite 801 - Coral Gables, Florida 33134 - Tel (305) 442-0899 - Fax (305) 442-0961

Contract # / Contrato #

SALES REPRESENTATIVE'S NAME:  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE VENTAS:

### Life Insurance Savings Products Productos de Ahorros con Seguro de Vida

1st Year  
1er Año

2nd Year  
2do Año

3rd Year  
3er Año

**Guaranteed Savings Option (10 Years)**  
Opción de Ahorro Garantizado (10 Años)

**Principal Guaranteed Savings Option (10 Years)**  
Opción de Ahorro Principal Garantizado (10 Años)

**Guaranteed Savings Option (15 Years)**  
Opción de Ahorro Garantizado (15 Años)

**Principal Guaranteed Savings Option (15 Years)**  
Opción de Ahorro Principal Garantizado (15 Años)

**Guaranteed Savings Option (20 Years)**  
Opción de Ahorro Garantizado (20 Años)

**Principal Guaranteed Savings Option (20 Years)**  
Opción de Ahorro Principal Garantizado (20 Años)

**Guaranteed Savings Option (25 Years)**  
Opción de Ahorro Garantizado (25 Años)

**Principal Guaranteed Savings Option (25 Years)**  
Opción de Ahorro Principal Garantizado (25 Años)

Sales Representative / Representante de Ventas

Signature / Firma

Date / Fecha

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

Representative / Representante

Signature / Firma

Date / Fecha

General Representative / Representante General

Signature / Firma

Date / Fecha

Master General Representative / Representante General Master

Signature / Firma

Date / Fecha

**Raúl Pozo, President (e)**

Company / Compañía

Signature / Firma

Date / Fecha