

Application for Representation

Solicitud de Representación

COMPANY USE ONLY | SOLO USO DE LA COMPAÑÍA

ID Number | ID Número

Effective Date | Fecha de Efectividad

I - GENERAL INFORMATION | INFORMACIÓN GENERAL

Full Name Nombre Completo			Official ID or Passport ID Oficial o Pasaporte		
Name (s) Nombre(s)		First Last Name Primer Apellido	Second Last Name Segundo Apellido		
Date of Birth Fecha de Nacimiento	Country of Birth País de Nacimiento	Citizenship Nacionalidad	Occupation Ocupación		

Residential Address Dirección Residencial					
Address Dirección		City Ciudad		Country País	Zip Code Código Postal
Personal Email Correo Electrónico Personal		Mobile Number Móvil Número		Home Telephone Teléfono Residencial	

II. BUSINESS INFORMATION | INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

Company Name Nombre de la Empresa			<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Partnership Sociedad <input type="checkbox"/> Corporation Corporación <input type="checkbox"/> Other Otro		
Company Address Dirección de la Empresa					
Address Dirección		City Ciudad		Country País	Zip Code Código Postal

Business Email Correo Electrónico Comercial		Company Telephone Teléfono de la Empresa		Company Facsimile Facsímil de la Empresa	
Issue contract on: Emitir contrato s:			Issue compensation payments under Business / Corporation <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> My personal name Mi nombre <input type="checkbox"/> Company Name Nombre de la Empresa			Emitir pagos de compensación bajo la Empresa / Corporación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

List the names of the insurance carriers that you represent: Liste los nombres de las compañías aseguradoras que usted representa:			
Indicate your anual production with international carriers during the past three (3) years.	Year Año	Life Vida	Health Salud
Indique su producción anual con aseguradoras internacionales durante los últimos tres (3) años.	1.		
	2.		
	3.		

III - APPLICANT'S BENEFICIARY INFORMATION | INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO DEL SOLICITANTE

Beneficiary Full Name Nombre Completo del Beneficiario			Official ID or Passport ID Oficial o Pasaporte		
Name (s) Nombre(s)		First Last Name Primer Apellido	Second Last Name Segundo Apellido		
Residential Address Dirección Residencial					
Address Dirección		City Ciudad		Country País	Zip Code Código Postal
Mobile Number Móvil Número	Home Telephone Telefono Residencial	Business Tel. Tel. Negocio	Email Correo Electrónico		

IV - BUSINESS REFERENCES | REFERENCIAS COMERCIALES

Company Name Nombre de la Compañía		Contact Person Persona de Contacto		Position Posición	
Company Address Dirección de la Compañía					
How long do you know him/her? ¿Cuánto hace que le conoce?		Mobile Number Móvil Número		Email Correo Electrónico	
Company Name Nombre de la Compañía		Contact Person Persona de Contacto		Position Posición	
Company Address Dirección de la Compañía					
How long do you know him/her? ¿Cuánto hace que le conoce?		Mobile Number Móvil Número		Email Correo Electrónico	
Company Name Nombre de la Compañía		Contact Person Persona de Contacto		Position Posición	
Company Address Dirección de la Compañía					
How long do you know him/her? ¿Cuánto hace que le conoce?		Mobile Number Móvil Número		Email Correo Electrónico	

V- PERSONAL REFERENCES REFERENCIAS PERSONALES (Do not include family members or relatives No incluya familiares o parientes)			
Full Name Nombre Completo		How long do you know him/her? ¿Cuánto hace que le conoce?	
Address Dirección		Telephone Teléfono	
Address Dirección	City Ciudad	Country País	Zip Code Código Postal
Full Name Nombre Completo		How long do you know him/her? ¿Cuánto hace que le conoce?	
Address Dirección		Telephone Teléfono	
Address Dirección	City Ciudad	Country País	Zip Code Código Postal
Full Name Nombre Completo		How long do you know him/her? ¿Cuánto tiempo hace que le conoce?	
Address Dirección		Telephone Teléfono	
Address Dirección	City Ciudad	Country País	Zip Code Código Postal
VI - ALL ANSWERS ARE MANDATORY TODAS LAS RESPUESTAS SON MANDATORIAS			
1. Has any insurance carrier ever declined or cancelled you a representation contract for any reason? ¿Alguna vez una compañía aseguradora le ha denegado o cancelado a usted un contrato de representación por cualquier razón?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No	
2. Have you ever been convicted, sentenced and/or arrested for any civil or criminal offense, other than a traffic violation; or have been accused of willful misconduct or non-compliance of business ethics? ¿Alguna vez ha estado usted acusado, sentenciado y/o arrestado por algún tipo de delito, civil o criminal, que no sea una infracción de tráfico; o ha sido acusado de conducta dolosa o incumplimiento de ética en los negocios?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No	
3. How many years have been working in the insurance business? ¿Cuántos años lleva usted trabajando en el negocio de seguros?			
4. How many insurance sellers do you supervise? ¿Cuántos vendedores de seguro usted supervisa?			
Any affirmative answer, offer details below Cualquier respuesta afirmativa , ofrezca detalles debajo			
VII – DECLARATION & AUTHORIZATION DECLARACIÓN & AUTORIZACIÓN			
I with my signature below, DECLARE that all information provided by me in this application is true, and complete, and exempt of any omission of relevant information or material misrepresentation, and its sole purpose is to obtain a representation contract with Redbridge Insurance Company, Ltd. through their Sales and Marketing professional team.			
I hereby AUTHORIZE Redbridge Insurance Company, Ltd. and its affiliates to request my credit report and background check during this application evaluation process. I AGREE that a copy of this authorization shall be as valid as this original document.			
I also DECLARE , that neither my business or I myself have any outstanding debts and/or settlement disputes with any insurance carrier, general agent, broker, agency, manager and/or a third-party administrator.			
I AGREE that this application does not constitute an agreement or obligation between the parties. If approved, a copy of this application will become part of the Consultant Agreement.			
Yo con mi firma a continuación, DECLARO que toda la información proporcionada por mí en esta solicitud es verdadera y completa, exenta de toda omisión de información relevante o tergiversación, y su único propósito es el obtener un contrato de representación con Redbridge Insurance Company, Ltd. a través de su equipo de profesionales de Ventas y Mercadeo.			
Yo por este medio AUTORIZO a Redbridge Insurance Company, Ltd. y sus afiliados para solicitar mi reporte de crédito y antecedentes penales durante el proceso de evaluación de esta solicitud. Yo ACUERDO que una copia de esta autorización será tan válida como este documento original.			
Yo también DECLARO , que ni yo o mi negocio tenemos deudas pendientes y/o resolución de controversias con alguna compañía aseguradora, agente general, corredor, agencia, gerente y/o administrador de tercera parte.			
Yo ACUERDO que esta solicitud no constituye un acuerdo u obligación entre las partes. Si es aprobada, una copia de esta solicitud formará parte del Acuerdo de Consultor.			
_____		_____	
Applicant's Signature Firma del Solicitante		Date Fecha	