

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

CONTRACT APPLICATION – SOLICITUD DE CONTRATO

	PLAN PARTICIPANT / PARTICIPANTE DEL PLAN	PLAN OWNER / DUEÑO DEL PLAN <small>ONLY IF DIFFERENT FROM THE PLAN PARTICIPANT - SOLO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE DEL PLAN</small>
Last Name / Apellido		
Names / Nombres		
	Date of birth / Fecha de Nacimiento dd / mm / yyyy(año)	Date of birth / Fecha de Nacimiento dd / mm / yyyy(año)
	Place of Birth / Lugar de Nacimiento	Place of Birth / Lugar de Nacimiento
	Nationality / Nacionalidad	Nationality / Nacionalidad
	Gender / Sexo Marital Status / Estado Civil	Gender / Sexo Marital Status / Estado Civil
	ID # / Cédula Nro. Passport # / Pasaporte Nro.	ID # / Cédula Nro. Passport # / Pasaporte Nro.
Address / Domicilio		
	City / Ciudad	City / Ciudad
	Country / País Zip Code / Código Postal	Country / País Zip Code / Código Postal
Postal Address / Dirección Postal	Only if different from above / Solo si es diferente a la mencionada arriba	Only if different from above / Solo si es diferente a la mencionada arriba
	Country / País Zip Code / Código Postal	Country / País Zip Code / Código Postal
Phone Numbers / Nos. de Teléfono	Home / Domicilio Mobile / Celular	Home / Domicilio Mobile / Celular
E-mail Address / Correo Electrónico		
		Relationship to the Participant / Relación con el Participante

SELECTED PLAN / PLAN SELECCIONADO

<input type="checkbox"/>	GLOBAL CAPITAL ACCOUNT
<input type="checkbox"/>	GLOBAL CAPITAL SAVINGS
<input type="checkbox"/>	GLOBAL CAPITAL PROTECTOR
<input type="checkbox"/>	

Completion Benefit / Beneficio Complementario

US\$

Option / Opción

(A) Basic / Básico

(B) Incremental

CONTRIBUTIONS / APORTES

Single Contribution / Aporte Unico	US \$
Regular Contribution / Aporte Regular	US \$
Additional Contribution / Aporte Adicional	US \$
TOTAL	US \$

Term (years) / Término (Años)

Mode / Modalidad

SELECTED FUNDS / FONDOS SELECCIONADOS

Code / Código	Fund Name / Nombre del Fondo	Percentage / Porcentaje
		%
		%
		%
		%
		%

Important / Importante:

Funds' past performance is no guide to future performance. Fluctuations may be particularly marked in case of higher volatility and values may fall suddenly and substantially. While some of the available funds offer protection, the value of investments can fluctuate and is not guaranteed. Participants are required to read each fund prospectus to understand its charging structure and investment objective prior to applying for any of the products. / El rendimiento pasado de los fondos no es indicativo del rendimiento futuro. Las fluctuaciones pueden ser muy marcadas en situaciones de alta volatilidad y los valores pueden caer rápida y sustancialmente. Aunque algunos de los fondos ofrecen protección, el valor de las inversiones puede fluctuar y no será garantizado. Se requiere que los participantes lean los prospectos de los fondos para comprender su estructura de cargos y objetivo de inversión antes de contratar cualquier producto.

INSURANCE IN FORCE ON THE PLAN PARTICIPANT'S LIFE (Required if the completion benefit is requested)
SEGUROS EN VIGOR SOBRE LA VIDA DEL PARTICIPANTE (Requerido si se solicita el beneficio complementario)

Company / Compañía	Issue Date / Fecha de Emisión			Face Amount / Monto Asegurado	ADB / Muerte Accidental
	dd (día)	mm (mes)	yyyy(año)	US \$	US \$
				US \$	US \$

PLAN PARTICIPANT'S DETAILS (Required if the completion benefit is requested)

DETALLES DEL PARTICIPANTE (Requerido si se solicita el beneficio complementario)

	Yes Si	No No
a) Have you smoked cigarettes or consumed other products derived from tobacco during the last 12 months? ¿Ha usted fumado cigarrillos o consumido productos derivados del tabaco en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Have you ever had any life insurance application declined, modified or rated? ¿Alguna vez le han rechazado, modificado u ofrecido con sobreprima una solicitud de seguro de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Have you ever applied for or received disability benefits? ¿Alguna vez ha solicitado o recibido beneficios por incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Have you ever had or been diagnosed with a disorder of the heart, circulatory system, cancer, tumor, high blood pressure or diabetes? ¿Ha tenido o le han diagnosticado algún desorden del corazón, sistema circulatorio, cáncer, tumor, hipertensión arterial o diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Have you ever had physical or mental disorders? ¿Ha tenido algún desorden físico o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Have you ever been diagnosed or received treatment for Acquired Immune Deficiency Syndrome or AIDS Related Complex? ¿Ha sido diagnosticado o recibido tratamiento por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA o Complejo Relacionado con el SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Have you ever engaged or do you intend to engage in any hazardous sports or activity? ¿Ha participado o piensa participar en algún deporte peligroso o actividad peligrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENEFICIARIES / BENEFICIARIOS

Primary / Primario	DOB / Fecha de Nacimiento	ID #	Relationship / Parentesco	%

Contingent / Contingente	DOB / Fecha de Nacimiento	ID #	Relationship / Parentesco	%

The participant or his/her nominated beneficiary(ies) are required to inform the Company in writing of their current addresses as it is to those addresses that distributions will be made to the participant, or the person on record as his/her beneficiary at the time of any distribution. /El participante o sus beneficiario(s) nominado(s) deben informar por escrito a la Compañía de sus domicilios actuales siendo que a sus domicilios se efectuarán los pagos al participante o a la persona registrada como su beneficiario(a) al momento de cualquier distribución.

CERTIFICATION / CERTIFICACION

I acknowledge that I have received the materials specific to the investments I have chosen, including the Fund Information, Contract, Product Profile, Investment Summary, and Illustration. I certify that I am not a resident or citizen of the United States, Canada or the Cayman Islands, and I acknowledge that I was offered the opportunity to invest in the Contract, and I accepted such offer, executed this application and paid for the initial Contribution on the Contract, while physically located outside those jurisdictions. I understand that the Contracts have not been and will not be registered under the U.S. Securities Act of 1993, as amended, or the securities laws of any other jurisdiction. I certify that the funds to be invested in this plan come from a legitimate source.

I understand the Contract is not a liquid investment, and that I must continue to bear the economic risk of this investment for an indefinite period. The Contract is being acquired solely for my account for investment; and is not being acquired for or with a view to its resale, distribution or fractionalization. I understand that the Contract is subject to various fees and charges described in the Investment Summary, including charges imposed on the early withdrawal of funds or termination of the Contract.

I have been notified that a consumer report may be required to process this application and authorize Best Meridian International Insurance Company SPC to obtain such a report should it be necessary.

I understand that Best Meridian International Insurance Company SPC (a) has not made any promise or projection with respect to the profit to be earned on this investment, and (b) will not be responsible for the investment return or for any loss or liability resulting from my investment, however it may arise.

Yo declaro que he recibido los materiales específicos a las inversiones que he seleccionado, incluyendo la Información de los Fondos, Contrato, Perfil del Producto, Resumen de la Inversión, e Ilustración. Certifico que no soy residente ni ciudadano de los Estados Unidos, Canadá, o de las Islas Caimán, y reconozco que me ofrecieron la oportunidad de invertir en el Contrato, que he aceptado tal oferta al ejecutar esta solicitud y pagar el primer Aporte del Contrato estando físicamente localizado fuera de esas jurisdicciones. Entiendo que los Contratos no han sido registrados y no se registrarán bajo el Acta de Inversiones de 1993 de los Estados Unidos, según enmendada, o de las leyes de inversiones de cualquier otra jurisdicción. Certifico que los fondos a ser invertidos en este plan provienen de ingresos legítimos.

Entiendo que el Contrato no es una inversión en activos líquidos y que continuaré con el riesgo económico de esta inversión por un periodo indefinido. El Contrato se está adquiriendo solamente para mi cuenta de inversiones; y no está siendo adquirido para o con el objeto de su reventa, distribución o fraccionamiento. Entiendo que el Contrato está sujeto a varios honorarios y cargos descritos en el Resumen de Inversión, incluyendo multas por el retiro prematuro de fondos o la terminación del Contrato.

He sido notificado que un reporte del consumidor puede ser requerido para procesar esta solicitud y autorizo a Best Meridian International Insurance Company SPC para obtener dicho reporte, en caso de ser necesario.

Entiendo que Best Meridian International Insurance Company SPC a) no ha efectuado ninguna promesa o proyección con referencia a la ganancia que se obtendrá en esta inversión, y b) no será responsable por el rendimiento de las inversiones o por cualquier pérdida u obligación resultante de mi inversión, si hubiere lugar.

Agent's Name and Signature /
 Firma y Nombre del Agente _____
 Date /
 Fecha _____

Participant's signature /
 Firma del Participante _____
 Owner signature /
 Firma del Dueño del plan _____

Only funds (checks, cashier check or wire transfers) originated by the customer and issued in the name of Best Meridian International Insurance Company SPC (BMII) will be accepted. BMII will not be responsible for monies issued in the name of any third parties. / Sólo se aceptarán fondos (cheques, cheques de gerencia o transferencias bancarias) originados por el cliente y emitidos a nombre de Best Meridian International Insurance Company SPC (BMII). BMII no será responsable por dineros emitidos a nombre de terceros.

DECLARATION OF SOURCE OF FUNDS / DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS FONDOS

TO BE COMPLETED BY THE PERSON RESPONSIBLE FOR THE CONTRIBUTIONS – PARA SER LLENADO POR LA PERSONA RESPONSABLE DE LAS CONTRIBUCIONES

Last Name / Apellido Name / Nombre

Current Employer / Empleador Actual How Long Employed / Tiempo en la Empresa

Employer Address / Dirección del Empleador

Describe nature, annual sales and development of business (i.e. line of business, what is sold, number of offices, territories covered, etc)
Describe el tipo de negocio, ventas anuales y desarrollo del negocio (Ej: línea de negocio, productos de venta, cantidad de oficinas, territorios cubiertos, etc.)

Position / Posición How long has the participant been in this line of business?
¿Por cuánto tiempo ha estado el participante en este tipo de negocio?

I declare that the funds totaling / Declaro que la suma de provided to complete the contract outlined in this document represents the proceeds of monies obtained from the following sources:
entregados para efectuar el contrato descrito en este documento representa ingresos originados de la forma siguiente:

PERSONAL BALANCE SHEET / ESTADO FINANCIERO PERSONAL

Assets / Activos

Liabilities / Pasivos

<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Total Assets / Total Activos	\$ <input type="text"/>	Total Liabilities / Total Pasivos	\$ <input type="text"/>

Net Worth / Patrimonio Neto

Yearly Income from Work / Ingresos Anuales de su Trabajo

Yearly Income from Investments / Ingresos Anuales por Inversiones

BANKING REFERENCES / REFERENCIAS BANCARIAS

Institution / Institución <input type="text"/>	Contact / Contacto <input type="text"/>	Phone / Teléfono <input type="text"/>
Institution / Institución <input type="text"/>	Contact / Contacto <input type="text"/>	Phone / Teléfono <input type="text"/>

I understand this declaration is required to conform with Bank Policy and the Proceeds of Criminal Conduct Law (2000 Revision) namely the Money Laundering Regulations 2000, and associated regulations and code. / Entiendo que esta declaración es requerida de conformidad con las Políticas del Banco y los Procedimientos de las Leyes de Conducta Criminal (Revisión del año 2000) denominada Regulaciones contra el Lavado de Dinero del 2000 que incluye sus regulaciones y su código.

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree. / 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.

Plan Participant-Owner's Name /
Nombre del Participante-Dueño del Plan

Signature / Firma

Date / Fecha

VERIFICATION OF PARTICIPANT IDENTITY / VERIFICACION DE IDENTIDAD DEL PARTICIPANTE

This document is to be completed by the Agent and it is required to process this application.
 Esta verificación debe ser completada por el asesor y es requerida para procesar esta solicitud.

	PLAN PARTICIPANT / PARTICIPANTE DEL PLAN	PLAN OWNER / DUEÑO DEL PLAN <small>ONLY IF DIFFERENT FROM THE PLAN PARTICIPANT - SOLO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTE</small>
Last Name / Apellido		
Names / Nombres		
	ID # / Cédula Nro.	Passport # / Pasaporte Nro.
How long have you known? / ¿Desde cuando le conoce?	Participant / Participante	Owner / Dueño
How did you meet? / ¿Cómo le conoció?	Participant / Participante	Owner / Dueño
Other names or nicknames / Algún otro nombre o apodo	Participant / Participante	Owner / Dueño

ADDITIONAL INFORMATION / INFORMACION ADICIONAL

Please provide information about the participant's and owner's activities, memberships, associations, clubs, working environment, background, etc.
 Por favor proveer información acerca de las actividades del participante y dueño, memberships, asociaciones, clubes, medio de trabajo, antecedentes, etc.

The undersigned, as presenting Agent, certifies that he/she has obtained copies and has verified against the originals of the following documents to confirm the participant's identity. El abajo firmante, como asesor presentador del participante, certifica que ha obtenido copias y ha verificado contra los originales correspondientes, de los siguientes documentos para confirmar la identidad del participante.

Agent's Signature
 Firma del Asesor _____

Date
 Fecha _____

Agent's Name
 Nombre del Asesor _____