

Póliza Núm.

I. DATOS SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

NÚM. SEGURO SOCIAL

NOMBRE - -

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

II. CUBIERTA SELECCIONADA Y PRIMA

TIPO DE COBERTURA

PRIMA

VIDA UNIVERSAL - Cantidad de Seguro: \$ Tipo 1 Tipo 2 \$

III. ADITAMENTOS OPCIONALES SELECCIONADOS - PROPUESTO ASEGURADO

ADITAMENTO	CANTIDAD DE SEGURO	PRIMA	ADITAMENTO	CANTIDAD DE SEGURO	PRIMA
<input type="checkbox"/> Seguro de Término para Asegurado cubierto	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Indemnización 1er Diagnóstico de Cáncer Ampliado <small>(Se deberá completar la Solicitud para el Aditamento)</small>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Relevo de Pago de Primas	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pago Acelerado de Beneficios (PAB)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Otro(s): <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

ENDOSO PARA OTRO ASEGURADO - NOMBRE:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

IV. ADITAMENTOS OPCIONALES - OTRO ASEGURADO

ADITAMENTO	CANTIDAD DE SEGURO	PRIMA	ADITAMENTO	CANTIDAD DE SEGURO	PRIMA	TOTAL PRIMA PLANIFICADA
<input checked="" type="checkbox"/> Muerte Accidental	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Indemnización 1er Diagnóstico de Cáncer Ampliado <small>(solo para añadir la prima. Se deberá completar la Solicitud para el Aditamento)</small>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
			<input checked="" type="checkbox"/> Otro(s): <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

V. PREGUNTAS DE ASEGURABILIDAD

Las preguntas 1 a la 5 deberán contestarse con relación a los Propuestos Asegurados.

Favor de **CIRCULAR** el inciso de la respuesta en afirmativa y ofrezca detalles en el espacio provisto.

Propuesto Asegurado		Otro Asegurado	
SÍ	NO	SÍ	NO

1	¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado, recetado o evaluado a usted con relación a algunos de los siguientes padecimientos, enfermedades, condiciones o síntomas?				
	Infarto al miocardio, dolor de pecho, soplo o alguna condición cardiovascular, enfermedad renal o del sistema genito-urinario, diabetes, anemia u otra enfermedad del sistema endocrino o sanguíneo; cáncer, tumores, quistes u otra afección o tumoración; enfermedad pancreática, hepática o gastrointestinal; asma, enfisema u otra enfermedad o condición respiratoria; enfermedad o condición de los músculos, articulaciones, ligamentos o huesos; esquizofrenia, depresión, intento de suicidio o cualquier otra condición mental; cualquier condición neurológica; quemaduras o heridas o condiciones o enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta; ha resultado positivo a alguna prueba de HIV, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o enfermedades relacionadas al SIDA u otra enfermedad infecciosa, sea o no de transmisión sexual; o ha perdido más de 10 libras en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Sufre o ha sido tratado de cualquier otra enfermedad, condición física o corporal, afección o lesión o condición médica que no se haya mencionado en la pregunta Núm. 1 arriba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Tiene pendiente alguna orden o recomendación médica para someterse a algún laboratorio, prueba, biopsia, tratamiento, examen para diagnóstico, examen radiológico o cirugía o de recoger los resultados de los mismos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Alguna vez previo a la fecha de esta Solicitud:				
a)	¿ha sido intervenido quirúrgicamente o ha recibido algún tratamiento médico especial o ha recibido transfusión de sangre o plasma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	¿ha sido usted arrestado por la posesión, uso, tráfico o introducción de armas o drogas o sustancias controladas prohibidas por Ley, o cometer algún delito grave o ha sido convicto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	¿ha sido convicto por conducir un vehículo de motor bajo los efectos de bebidas embriagantes o se le ha suspendido y/o revocado su licencia de conducir o de chofer o está al presente bajo fianza en espera de juicio o es beneficiario de algún programa de desvío por razón de la comisión de algún delito o falta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	¿ha usado o usa actualmente la sustancia cocaína, marihuana, heroína, opio, anfetamina o alguna otra sustancia narcótica, estimulante, sedativa, alucinógena o alguna droga ilegal o sustancia controlada no recetada por un médico con licencia para prescribir o recetar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Favor de contestar para CADA Asegurado:

a) ¿Fuma actualmente cigarillos o cualquier otro tipo de tabaco? → Sí, diarios. No, nunca. → Sí, diarios. No, nunca.

b) Si era fumador antes, ¿cuánto tiempo hace que dejó de fumar? → años / meses No, nunca. → años / meses No, nunca.

V. PREGUNTAS DE ASEGURABILIDAD (CONTINUACIÓN) Las preguntas 6 a la 13 deberán contestarse con relación a los Propuestos Asegurados. Favor de CIRCULAR el inciso de la respuesta en afirmativa y ofrezca detalles en el espacio provisto.		Propuesto Asegurado		Otro Asegurado	
		SÍ	NO	SÍ	NO
6	Si es mujer, ¿está usted embarazada? Si afirmativo, indique la fecha programada para el parto (natural o cesárea). _____ (mes) _____ (día) _____ (año) / ¿Es su embarazo de alto riesgo o ha tenido alguno anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Tiene alguna intención de viajar o residir fuera de su país de residencia durante los próximos dos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Se ha dedicado o piensa dedicarse a practicar buceo, paracaidismo, vuelos en globos, planeadores o aparato similar, alpinismo; aviación como piloto o miembro de tripulación o viajará como pasajero en aeronaves que no sean de itinerario regular en aerolíneas comerciales; o participar en carreras de automóvil o motocicletas o cualquier otra actividad o deporte peligroso? (Si la respuesta es afirmativa, llene el cuestionario que corresponda).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Tiene alguna solicitud para cualquier Seguro de Vida, Incapacidad o Accidente o solicitud de rehabilitación pendiente ahora o tiene planes de obtenerlo o alguna vez le han rechazado, pospuesto o sobrecargado la prima del seguro debido a ser riesgo subnormal o se le ha negado rehabilitación o renovación de una solicitud de seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Durante los dos (2) años previos a la fecha en que fue firmada esta solicitud, ¿presentó usted u el Otro Propuesto Asegurado alguna sintomatología sospechosa de cualquier enfermedad o condición médica, por la cual debió o debieron acudir a un médico para la evaluación correspondiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿Ha intentado suicidarse alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Alguna vez ha sido víctima de intento de asesinato o ha recibido o tenido conocimiento de amenaza de muerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Ha tenido problemas financieros graves o ha estado o está acogido a alguno de los Capítulos de la Ley de Quiebra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ofrezca detalles a las preguntas en afirmativo de la 1 a la 13.

Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel adicional, fechada y firmada por el Propuesto Asegurado (y por el Otro Asegurado, si aplicara).

Pregunta Núm.	Nombre de la Persona	Detalles del Tratamiento, Diagnóstico y Resultados	Fecha (Mes/Día/Año)	Nombre y Dirección (del Médico u Hospital)

VI. OBSERVACIÓN Y PETICIONES ESPECIALES

VII. ACUERDO

Habiendo leído las declaraciones y contestaciones en este Anejo a la Solicitud, CERTIFICO (AMOS) que las mismas son ciertas y correctas y estoy (estamos) de acuerdo en que el mismo será la base para y parte de cualquier póliza emitida y que ninguna información adquirida por cualquier representante de la Compañía obligará a la Compañía, a menos que se exprese por escrito en este Anejo. Entiendo que esta Solicitud no obligará a la Compañía hasta ser aprobada por ésta y la prima pagada haya sido recibida en su Oficina Principal. El solicitante y el Representante Autorizado o Productor que firman más adelante certifican que el solicitante ha leído o se le leyó la Solicitud completa, y que entienden que cualquier declaración falsa o falsa representación, impostura, omisión o encubrimiento de hechos en este documento, si es material al riesgo, podrá resultar en la pérdida de cubierta con arreglo a esta póliza. Las declaraciones fraudulentas podrán ser utilizadas por la Compañía para rescindir el contrato o denegar una pérdida incurrida después de finalizar un período de dos (2) años a partir de la fecha de efectividad de la póliza, solamente si el acto u omisión de que se trate contribuyera a la pérdida incurrida por la cual se reclama.

ACEPTO también que he recibido y leído la Autorización, Informes Investigativos del Consumidor y el Aviso Antifraude de la Solicitud de la cual este Anejo forma parte.

Firmado en _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

Firma del Propuesto Asegurado

Firma del Otro Propuesto Asegurado

VIII. CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO O PRODUCTOR

CERTIFICO que he visto personalmente al(los) Propuesto(s) Asegurado(s) y he hecho todas las preguntas de este Anejo al(los) mismo(s) y que he anotado veraz y correctamente la información que me ha sido suministrada.

Nombre del Representante Autorizado o Productor / Núm.

Firma del Representante Autorizado o Productor

Agencia: _____

Teléfono(s): _____

E-mail: _____

Celular: _____