

**CICLO DE PAGO**

ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL  MENSUAL

**FORMA DE PAGO**

CHEQUE  TARJETA DE CREDITO  TRANSFERENCIA

**PLAN**

MUNDIAL OPCION:  1  2  3  4  SKY  SUN  STAR

**COBERTURA**

\$1,000,000  \$2,000,000 (SKY)

**DEDUCIBLE**

\$

**1. INFORMACION DEL SOLICITANTE**

NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	PARENTESCO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	EDAD	ALTURA (MTS/PIES)	PESO (LBS/KGS)	NACIONALIDAD	PRIMA
		TITULAR							

ESTADO CIVIL (TITULAR)  CASADO  SOLTERO  DIVORCIADO  VIUDO

INCLUIR COPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO PRINCIPAL

SI EL CONYUGE O ALGUNO DE LOS HIJOS NO ESTA INCLUIDO EN LA SOLICITUD EXPLICAR PORQUE:

**2. OPCIONES SUPLEMENTARIAS**

MATERNIDAD PARA MADRE SOLTERA \$300 (OPCIONAL SKY)  ESTUDIANTE EN LOS ESTADOS UNIDOS \$375

COBERTURA AD&D (OPCIONAL, \$18 DE CARGO ADICIONAL POR CADA \$10,000 DE COBERTURA HASTA \$100,000)

TITULAR COBERTURA \$	CARGO ADICIONAL \$	CONYUGE COBERTURA \$	CARGO ADICIONAL \$
-------------------------	--------------------	-------------------------	--------------------

**3. CALCULO DE PRIMAS**

TOTAL PRIMA ANUAL	FACTOR DE PRIMAS	COSTO ADMINISTRATIVO	PRIMA TOTAL
\$	x SEMESTRAL: x 0.55 TRIMESTRAL: x 0.28 MENSUAL: x 0.10	\$100.00	\$

**4. DIRECCION DE RESIDENCIA PERMANENTE (NO PUEDE SER EN LOS ESTADOS UNIDOS)**

DIRECCION:		
CIUDAD:	PAIS:	
TEL:	CEL:	EMAIL:

**5. LUGAR Y DIRECCION DE EMPLEO**

EMPLEADOR:	TIPO DE NEGOCIO:	
DIRECCION:		
CIUDAD:	PAIS:	WEBSITE:
TEL:	CEL:	EMAIL:

**6. OCUPACION Y CARGO**

ASEGURADO TITULAR:	CARGO:
DEBERES EXACTORS DEL TITULAR:	
CONYUGE:	CARGO:
DEBERES EXACTORS DEL TITULAR:	

## 7. PREGUNTAS SOBRE HISTORIAL MEDICO

Para que su solicitud sea procesada satisfactoriamente, cada pregunta debe ser respondida con la mayor honestidad. Cualquier respuesta afirmativa (SI) debe ser descrita en detalle en la sección 8. Solicitantes mayores de 59 años deben de someter un informe médico.

**¿Durante los últimos diez (10) años, Usted o cualquiera de los solicitantes ha sido médicamente aconsejado, referido, avisado, sometido a cirugía, tratado, diagnosticado o tomado medicamentos prescritos para alguna condición, incluyendo pero no limitado a las condiciones mencionadas a continuación?**

Sección 7: "Detalles del Historial Médico". Adjunte información médica o reportes por cada pregunta respondida afirmativamente. Todas las preguntas para todos los solicitantes deberán ser contestadas con suficiente información del historial médico.

	SI	NO
1. ¿Enfermedades o cardiovasculares o circulatorias: presión arterial alta/ baja, dolor de pecho, soplo en el corazón, palpitaciones, marcapaso o cualquier desorden o condición del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Enfermedades o desórdenes de la sangre o células: tumores benignos / malignos, cáncer, varices, inflamación de ganglios linfáticos, fiebre reumática o cualquier desorden circulatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Enfermedades o desórdenes del sistema músculo esquelético: molestias del dorso, dolor en las articulaciones/músculos, fibromialgia, reumatismo, artritis, gota o cualquier desorden o condición musculo esquelética?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Enfermedades o desórdenes del sistema digestivo, esófago, estomago, intestinos, páncreas, hígado, vesícula: úlceras, gastritis, pólipos, hemorroides, colitis o cualquier desorden o condición digestivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Enfermedades o desórdenes del sistema nervioso, o neurológicos: migraña, dolores de cabeza frecuentes/ severos, epilepsia, convulsiones o cualquier desorden neurológico o del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Enfermedades o desórdenes del riñón o sistema urinario: sangre en la orina, infecciones urinarias, incontinencia o cualquier desorden o condición del riñón o sistema urinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Enfermedades o desórdenes respiratorios o pulmonares: asma, alergia, enfisema, neumonía, tuberculosis o cualquier desorden o condición del sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Enfermedades o desórdenes de los ojos, nariz, oídos y garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Enfermedades o desórdenes congénitos, hereditarios o genéticos, desorden físico, deformidad, problema de desarrollo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Enfermedades o desórdenes mentales o adictivos: trastorno por déficit de atención, depresión, ansiedad, desorden bipolar, trastorno de la alimentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Enfermedades o desórdenes hormonales o trastornos endocrinos: tiroides, glándula pituitaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Diabetes a.) Tipo ____ I Tipo ____ II b.) Fecha de diagnóstico inicial _____ c.) Medicamentos: _____ dosis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Enfermedades transmitidas sexualmente o síndrome de inmunodeficiencia adquirida o VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Enfermedades cutáneas o de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Operaciones estéticas, cirugía oral, condición dental, infección o tratamiento de pérdida de peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Otras enfermedades o desórdenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha sido avisado de necesitar o se ha realizado hospitalización, operación, tratamiento, consultas médicas o existe alguna razón por la cual debe de consultar con un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sido avisado de necesitar o se ha realizado alguna prueba diagnóstica o prueba médica especial (Rayos X, electrocardiograma, radiología, prueba de sangre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha sido avisado o está tomando algún medicamento o existe alguna razón por la cual debe de estar tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Está actualmente hospitalizado, sufriendo de alguna enfermedad, inhabilidad o incapacitado a realizar actividades normales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha experimentado algún síntoma, ha sido diagnosticado o tratado por alguna razón que le haga pensar que usted pueda tener alguna condición médica nueva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Ha usado alguna forma de tabaco? cantidad ____ frecuencia ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Para solicitantes masculinos: ¿enfermedades de la próstata o del sistema reproductivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Para solicitantes femeninas: • ¿Enfermedades del sistema reproductivo • ¿Está actualmente embarazada? Fecha probable de parto __/__/__ • ¿Tiene o ha tenido embarazos o partos en los cuales manifestó: hipertensión, diabetes, desordenes tiroideos, infecciones o necesito medicamentos prescritos? • ¿Tiene o ha tenido embarazos o partos complicados? • ¿Ha sido sometida a tratamiento de fertilidad? • ¿Alguno de sus hijos ha sido concebido, está o ha estado Usted bajo tratamiento fertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Existe información adicional adjuntada a esta solicitud? Si la respuesta fue afirmativa, describa la documentación adjunta en el espacio proporcionado en esta sección:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. DETALLES DEL HISTORIAL MEDICO

PROPORCIONAR DETALLES COMPLETOS SI ALGUNA PREGUNTA DE LA SECCIÓN 7 HA SIDO CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE (USE UNA HOJA ADICIONAL PARA DETALLES Y REPORTES MÉDICOS CORRESPONDIENTES). INFORMACIÓN INCOMPLETA PUEDE DEMORAR EL PROCESO DE SU SOLICITUD.

NOMBRE	PREGUNTA #	CONDICION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, MEDICAMENTOS Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	FECHAS DE VISITAS DURACION DEL TRATAMIENTO	NOMBRE DEL MEDICO, CLINICA, DIRECCIÓN Y TELEFONO

## 9. NOMBRE DEL ULTIMO MEDICO PRIMARIO (DE CABECERA) O NOMBRE DEL ULTIMO MEDICO QUE REALIZO EXAMEN FISICO RUTINARIO (SIN ESTA INFORMACION LA SOLICITUD NO SERA PROCESADA)

ASEGURADO TITULAR:	FECHA ULTIMA VISITA:
NOMBRE DEL MEDICO:	RAZON:
CIUDAD/PAIS:	TEL: EMAIL:

CONYUGE:	FECHA ULTIMA VISITA:
NOMBRE DEL MEDICO:	RAZON:
CIUDAD/PAIS:	TEL: EMAIL:

HIJOS:	FECHA ULTIMA VISITA:
NOMBRE DEL MEDICO:	RAZON:
CIUDAD/PAIS:	TEL: EMAIL:

## 10. LISTA DE DEPENDIENTES ELEGIBLES QUE SEAN ESTUDIANTES A TIEMPO COMPLETO (ADJUNTAR COMPROBANTE)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	COLEGIO/UNIVERSIDAD - LUGAR/FECHA/GRADUACION PREVISTA

11. ¿USTED O ALGUNO DE LOS SOLICITANTES TIENE/HA TENIDO SEGURO MEDICO ALGUNA VEZ?  SI  NO

DETALLE CUALQUIER COBERTURA ACTUAL O CADUCADA

### 11A. COBERTURA DE SALUD LOCAL

COMPAÑÍA DE SALUD:	NUMERO DE PÓLIZA:
FECHA EFECTIVA:	FECHA DE VENCIMIENTO:

### 11B. COBERTURA DE SALUD INTERNACIONAL

COMPAÑÍA DE SALUD:	NUMERO DE PÓLIZA:
FECHA EFECTIVA:	FECHA DE VENCIMIENTO:

11C. ¿ A USTED O ALGUNOS DE LOS SOLICITANTES SE LE HA NEGADO, APLICADO EXCLUSIÓN, O AUMENTADO LA PRIMA DE ALGUNA PÓLIZA DE SALUD, INCAPACIDAD O VIDA?  SI  NO

11D. ¿ ALGUNA VEZ HA PRESENTADO UNA RECALMACIÓN POR BENEFICIOS BAJO UNA PÓLIZA DE SEGURA PARA USTED O ALGUNOS DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS?  SI  NO

DETALLES DE RESPUESTA AFIRMATIVA: \_\_\_\_\_

## 12. DECLARACION Y SOLICITUD DE INSCRIPCION/AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION MEDICA

CERTIFICO que he leído y revisado el presente Formulario de Solicitud y todas las respuestas y declaraciones que proporcioné en esta solicitud y cualquier archivo adjunto que he marcado y detallado en la sección 7 pregunta 25 página 3 del presente Reglamento se completo de manera veraz a mi mejor saber y entender. Si no marque con un "sí", la sección 7 pregunta 25 en la página 3, entiendo que no se presentó información adicional con esta solicitud. Toda la información y respuestas acerca de todos los solicitantes, incluyendo mis dependientes elegibles que figuran en esta solicitud son verdaderas y completas. Entiendo que el administrador, Global Assurance Group Inc. y Claria Life and Health Insurance Company confiarán en toda la información en esta solicitud para determinar si se emite o no cobertura, y que cualquier omisión, información incorrecta o incompleta causará que una reclamación sea negada y que la póliza sea modificada, cancelada o rescindida en cualquier momento sin importar si el descubrimiento de la omisión, la información incorrecta o incompleta, está relacionada con una reclamación a la mano o no.

ENTIENDO que el agente de seguros, corredor o productor, si hubiese uno relacionado con la solicitud está localizado y hace transacciones de sus servicios fuera de Estados Unidos y actúa únicamente como agente legal y representante de los intereses personales del Asegurado y como tal no tiene autoridad para hablar en nombre de la Compañía, recibir pagos a su nombre o nombre de su empresa y no está actuando como agente o representante legal de la Compañía.

ENTIENDO que con esta solicitud se busca revelar la información completa aquí solicitada y que nadie tiene autorización para alterar o excluir ninguna información que se solicite en esta.

ENTIENDO que los beneficios médicos pueden ser limitados o excluidos para condiciones por las cuales alguno de los asegurados haya recibido diagnóstico, tratamiento, tomado algún medicamento, o manifestado síntomas previos a la Fecha Efectiva de la Póliza, de acuerdo a lo establecido en las disposiciones de la Póliza sobre limitaciones por Condiciones Pre-existentes. Si cualquiera de los solicitantes requiere cuidado o tratamiento médico después que la solicitud de seguro sea firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, detalles completos deben ser proporcionados a la compañía aseguradora para la aprobación final antes que la cobertura sea efectiva. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza con los términos y condiciones con que es emitida, de no ser así, notificare por escrito a la Compañía mi desacuerdo en los primeros 10 días después de recibir la póliza de seguro.

AUTORIZO a cualquier Médico o practicante médico, hospital, clínica, farmacia, agencia gubernamental u otra dependencia médica o afín, al "Medical Information Bureau, Inc. (MIB, Inc)", agencias de reportes del consumidor, Compañías de Seguros o Reaseguros, empleadores o cualquier individuo que tenga alguna información acerca de mí o de mis dependientes listados en la presente solicitud, a revelar esta información a Global Assurance Group y Claria Life and Health Insurance Company, o a sus Representantes Legales. La naturaleza de ésta información incluye y no se limita a: (1) condición(es) física(s), (2) historial médico, (3) afición(es), (4) edad(es), (5) ocupación(es), y (6) características personales. Esta autorización incluye información sobre: (1) drogas, (2) alcoholismo, (3) enfermedades mentales, o (4) enfermedades contagiosas. Una fotocopia de esta solicitud será tan válida como el original. Esta autorización estará válida mientras que el seguro se encuentre en vigor.

ENTIENDO que la información obtenida mediante el uso de ésta autorización será usada por El Administrador, Global Assurance Group y por Claria Life and Health Insurance Company para determinar la elegibilidad a efectos de recibir los beneficios.

AUTORIZO a Global Assurance Group y a Claria Life and Health Insurance Company a suministrar cualquier información obtenida a las Compañías de Reaseguros, al "Medical Information Bureau" o a cualesquiera otras personas u organizaciones que realicen operaciones o servicios legales referentes a mi solicitud, reclamos, o que pueda ser legalmente requerida, o que yo pueda autorizar adicionalmente.

CONVENGO que las reglas del esquema Claria International Health Plans atarán en mí y todos los dependientes incluidos en mi póliza. Le aconsejamos guardar un expediente de toda la información que usted nos provee, incluyendo cartas. Si usted desea copia de esta solicitud por favor pregúntenos.

ENTIENDO que como residente de una jurisdicción extranjera puedo estar sujeto a leyes foráneas respecto al tipo y forma de cobertura en la cual me estoy inscribiendo

ENTIENDO que la solicitud es válida para la suscripción por un máximo de 90 días. Si el administrador decide 1. No aprobar la póliza y 2. No recibe cualquier exclusión pendiente de firma y 3. No recibe el pago de la prima en la oficina del administrador dentro de los 90 días, la solicitud será nula y una nueva solicitud debe ser presentada para nueva suscripción.

TAMBIÉN ENTIENDO y estoy de acuerdo que la responsabilidad de cumplir con estas leyes recaerá solamente sobre mí. ENTIENDO que esta Solicitud no puede ser firmada ni fechada en los Estados Unidos.

ENTIENDO que la Póliza se hará efectiva en concordancia con los términos de la Fecha Efectiva y con la aceptación de GLOBAL ASSURANCE GROUP y de CLARIA LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY. ENTIENDO que la cobertura no puede ser efectiva hasta que yo sea notificado por escrito por GLOBAL ASSURANCE GROUP y CLARIA LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY, y haya sido enterado de la fecha efectiva de cobertura. Entiendo además que, si la cobertura no me es otorgada será responsabilidad de GLOBAL ASSURANCE GROUP y de CLARIA LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY devolver la prima pagada.

ENTIENDO que está Cobertura no es, ni intenta ser una Póliza General Estadounidense de Salud. Entiendo que no puede ser solicitada, aplicar para cobertura o comprada en los Estados Unidos. Entiendo que si esta solicitud y la póliza se solicita y / o, se aplica para cobertura y / o es comprada y / o renovada, en los Estados Unidos será cancelada automáticamente y anulado desde el inicio y las primas serán reembolsadas. Entiendo que, si bien esta póliza está sujeta a la jurisdicción legal del Estado de Delaware entiendo que esta póliza no se ha presentado para su aprobación con el Departamento de Seguros de Delaware y no cumple con la Ley de Delaware de Seguro de Salud. Entiendo que la Cobertura dentro de los Estados Unidos está limitada a 6 meses de los 12 meses de Cobertura total, y que si yo o cualquiera de los asegurados permanece más de 6 meses acumulables en territorio de los Estados Unidos, ésta Cobertura dejará de tener efecto y, a partir de entonces, no se pagará ningún reclamo que tuviere lugar.

TAMBIEN ENTIENDO que toda la información que yo sé que es corresponde a todas las preguntas en esta solicitud debe ser proporcionada siempre en mis respuestas. Entiendo que cualquier persona que, con intenciones de cometer fraude o sabiendo que él o ella está propiciando la comisión de un fraude contra un asegurador, someta una solicitud o complete un reclamo conteniendo información falsa o engañosa, puede ser culpable de fraude.

**ESTA SOLICITUD SERA CONSIDERADA NULA E INVÁLIDA SI ES FIRMADA DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS.**

FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO O REPRESENTANTE

FIRMA DEL CONYUGE DE PROPUESTO ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO

NOMBRE COMPLETO

FIRMADO EL DIA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_, PAIS \_\_\_\_\_

## 13. INFORMACION DEL AGENTE (PARA USO DEL AGENTE SOLAMENTE)

CERTIFICACION DEL AGENTE: NO ESTOY EN CONOCIMIENTO DE NINGUNA OTRA INFORMACION QUE PUEDA TENER RELACION CON LA ASEGURABILIDAD DE NINGUNO DE LOS SOLOCITANTES, APARTE DE LA QUE HA SIDO REGISTRADA. NO HE ALTERADO NINGUNA RESPUESTA NI EN ESTA SOLICITUD NI EN NINGUNO DE SUS ANEXOS. NO HE ACONSEJADO A EL (LOS) SOLICITANTE(S) RETENER INFORMACION RELATIVA A LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS Y HE ACONSEJADO A EL (LOS) SOLICITANTE(S) REVISAR LA SOLICITUD Y LAS RESPUESTAS PARA CONFIRMAR QUE HA SIDO LLENADA DE MANERA PRECISA Y COMPLETA.

CODIGO DEL AGENTE

NOMBRE DEL AGENTE

CODIGO DEL AGENTE GENERAL

NOMBRE DEL AGENTE GENERAL

CODIGO DE AGENCIA GENERAL

NOMBRE DE AGENCIA GENERAL

FIRMA DEL AGENTE

## 14. DECLARACIÓN PARA APROBACIÓN DE PÓLIZA DE SEGUROS

ENTIENDO que el Administrador Global Assurance Group, y Claria Life and Health Insurance Company, se basaran en toda la información sometida en la solicitud para determinar si se emite o no cobertura, y que cualquier omisión, información incorrecta o incompleta causará que un siniestro sea negado y que el contrato de póliza sea modificado, o rescindido con efecto retroactivo desde la fecha de emisión en cualquier momento en el cual la información sea descubierta.

ENTIENDO que el Administrador Global Assurance Group y Claria Life and Health Insurance Company, requieren la divulgación completa de la información consignada en esta solicitud y nadie tiene la autorización para modificar o excluir cualquier información requerida en esta solicitud.

ENTIENDO que la aprobación de cobertura con Claria Life and Health Insurance Company se basa en el cuestionario de la solicitud y estará sujeto al historial médico recibido.

ENTIENDO que si alguna condición médica se detecta antes o después de su aprobación y antes que la póliza sea pagada y cualquier endoso sea firmado, dará lugar a modificaciones o cancelación de los términos de cobertura, a discreción del administrador.

El término “**Condición Pre-Existente**” se refiere a cualquiera de las siguientes: 1) Una condición o síntoma que habría causado que una persona buscase consejo Médico, diagnóstico, cuidado o Tratamiento antes de la Fecha Efectiva Individual de Cobertura de esta Póliza, 2) una condición por la cual se buscó, recomendó o recibió consejo médico, diagnóstico, cuidado o Tratamiento, incluyendo medicación, antes de la Fecha Efectiva Individual de Cobertura bajo esta Póliza; 3) los síntomas manifestados antes de la Fecha Efectiva Individual de Cobertura bajo esta Póliza, le hubieran permitido a una persona entrenada en Medicina hacer un diagnóstico de la condición que produjo los síntomas; 4) una condición que se manifiesta antes de la fecha efectiva en virtud de este Certificado de Cobertura individual. 5) Los gastos de Embarazo incluyendo, antes, después del nacimiento, complicaciones del nacimiento tanto para la madre como para el recién nacido dentro de los doce (12) meses desde la Fecha Efectiva Individual de Cobertura bajo esta Póliza.

**Declaraciones en la Solicitud:** Cualquier declaración o descripción hecha por la Persona Asegurada, o en su nombre, en la Solicitud es una declaración y no una garantía. Declaraciones falsas, omisiones, ocultamiento de hecho o declaraciones incorrectas pueden privarlo del Beneficio de pago bajo esta Póliza si uno de los siguientes aplica: a) las declaraciones falsas, omisiones, ocultamiento o afirmación es falsa y/o fraudulenta, sea importante o no, a efectos de la Aprobación de la Cobertura para la persona asegurada; b) si los hechos hubiesen sido conocidos por el Administrador o la Compañía, previo a la emisión de la Cobertura, entonces el Administrador o la Compañía no hubiesen emitido la Cobertura a la misma Prima, o hubiesen emitido un Endoso de Exclusión a la Cobertura bajo esta Póliza.

Cuando una declaración falsa, omisión, ocultamiento de hecho, o declaración incorrecta, tenga lugar en la solicitud, o en sus documentos médicos adjuntos, sin importar si la declaración falsa, omisión, ocultamiento de hecho, o declaración incorrecta se relacione con un inminente reclamo o no, la Compañía puede escoger sea rescindir y anular la póliza, y devolver toda la prima a su pagador, retroactivo a la Fecha Efectiva de Cobertura Individual original, sea emitir una exclusión permanente para la condición particular pre-existente y denegar el reclamo. En el caso de que una póliza sea rescindida, cualquier pago de reclamos realizados bajo la póliza, desde la fecha efectiva, hasta la fecha de la rescisión, será aplicado a la devolución de la prima que sea retroactiva a la Fecha efectiva.

En el caso de que el administrador decida aplicar una exclusión por una condición pre existente a la póliza, cualquier monto de pago realizado en el pasado hacia un siniestro que resultó ser debido a una enfermedad preexistente se sumara a la prima del asegurado para su futura renovación. El Asegurado deberá pagar su prima de renovación más cualquier pago realizado por la compañía de seguros para una condición pre existente para poder renovar su póliza.

### FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO O REPRESENTANTE

NOMBRE COMPLETO

FECHA Y HORA DE ENTREVISTA

NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO

### FIRMA DEL CONYUGE DE PROPUESTO ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO

NÚMERO DE TELÉFONO