Claria
LIFE AND HEALTH INSURANCE

FORMULARIO DE SOLICITUD

CICLO DE PAGO

ANUAL ◯ SEMESTRAL ◯ TRIMESTRAL ◯ MENSUAL ◯

FORMA DE PAGO

CHEQUE ◯ TARJETA DE CREDITO ◯ TRANSFERENCIA ◯

PLAN

◯ MUNDIAL OPCION 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ 5 ◯ 6 ◯

◯ SKY ◯ SUN ◯ STAR

COBERTURA

◯ **$1,000,000** (SKY/SUN/STAR)
◯ **$2,000,000** (SKY)
◯ **$3,000,000** (MUNDIAL)

DEDUCIBLE

$

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	PARENTESCO TITULAR	GENERO	FECHA NAC. *(DD/MM/AAAA)*	EDAD	ALTURA *(MTS/PIES)*	PESO *(LBS/KGS)*	NACIONALIDAD	PRIMA

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
$	**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 EXACTOS DEL TITULAR: _____

CONYUGE: _____ CARGO: _____

DEBERES EXACTOS DEL CONYUGE: _____

Claria
LIFE AND HEALTH INSURANCE

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 seccion 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?	☐	☐
2	¿Enfermedades o desórdenes de la sangre o células: tumores benignos / malignos, cáncer, varices, inflamación de ganglios linfáticos, fiebre reumática o cualquier desorden circulatorio?	☐	☐
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?	☐	☐
4	¿Enfermedades o desórdenes del sistema digestivo, esófago, estomago, intestinos, páncreas, hígado, vesícula: ulceras, gastritis, pólipos, hemorroides, colitis o cualquier desorden o condición digestivo?	☐	☐
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?	☐	☐
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?	☐	☐
7	¿Enfermedades o desórdenes respiratorios o pulmonares: asma, alergia, enfisema, neumonía, tuberculosis o cualquier desorden o condición del sistema respiratorio?	☐	☐
8	¿Enfermedades o desórdenes de los ojos, nariz, oídos y garganta?	☐	☐
9	¿Enfermedades o desórdenes congénitos, hereditarios o genéticos, desorden físico, deformidad, problema de desarrollo?	☐	☐
10	¿Enfermedades o desórdenes mentales o adictivos: trastorno por déficit de atención, depresión, ansiedad, desorden bipolar, trastorno de la alimentación?	☐	☐
11	¿Enfermedades o desórdenes hormonales o trastornos endocrinos: tiroides, glándula pituitaria?	☐	☐
12	Diábetes **a.)** _____Tipo I Tipo II _____ **b.)** Fecha de diagnóstico inicial_____ **c.)** Medicamentos: _____dosis _____	☐	☐
13	¿Enfermedades trasmitidas sexualmente o síndrome de inmunodeficiencia adquirida o VIH?	☐	☐
14	¿Enfermedades cutáneas o de la piel?	☐	☐
15	¿Operaciones estéticas, cirugía oral, condición dental, infección o tratamiento de pérdida de peso?	☐	☐
16	¿Otras enfermedades o desórdenes?	☐	☐
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?	☐	☐
18	¿Ha sido avisado de necesitar o se ha realizado alguna prueba diagnóstica o prueba médica especial (Rayos X, electrocardiograma, radiología, prueba de sangre)?	☐	☐
19	¿Ha sido avisado o está tomando algún medicamento o existe alguna razón por la cual debe de estar tomando algún medicamento?	☐	☐
20	¿Está actualmente hospitalizado, sufriendo de alguna enfermedad, inhabilidad o incapacitado a realizar actividades normales?	☐	☐
21	¿Ha experimentado algún síntoma, ha tenido cambios físicos visibles, sido diagnosticado, tratado o existe alguna razón que le haga pensar que usted pueda tener alguna condición médica nueva?	☐	☐
22	¿Ha usado alguna forma de tabaco? Cantidad _____ Frecuencia _____	☐	☐
23	Para solicitantes masculinos: ¿enfermedades de la próstata o del sistema reproductivo?	☐	☐
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?	☐	☐
25	Usted o alguno de los solicitantes:		
	• ¿Dio positivo para Coronavirus / COVID-19 o está esperando los resultados de la prueba?	☐	☐
	• ¿Tuvo contacto con un paciente portador de Coronavirus / COVID-19 o alguien que sospecha que ha estado en contacto con pacientes de Coronavirus / COVID-19?	☐	☐
	• ¿Ha tenido síntomas generales como fiebre, dolor muscular, debilidad, dolor de cabeza, dificultad para respirar o síntomas respiratorios como dolor de garganta, tos o secreción nasal en los últimos 30 días?	☐	☐
26	Existe información adicional adjuntada a esta solicitud? Si la respuesta fue afirmativa, describa la documentación adjunta en el espacio proporcionado en esta sección: _____	☐	☐

Claria
LIFE AND HEALTH INSURANCE

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 DURANTE EL 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 EXCLUSION, O AUMENTADO LA PRIMA DE ALGUNA PÓLIZA DE SALUD, INCAPACIDAD O VIDA? ► SI ◯ NO ◯

11D ¿ ALGUNA VEZ HA PRESENTADO UNA RECLAMACIÓN POR BENEFICIOS BAJO UNA PÓLIZA DE SEGURO 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 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 aqui 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 solicitus se segura 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 eceptar la póliza con los términos y condiciones con que es emitida, de no ser así, notificare por ecrito 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 mi y todos los dependientes incluídos 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 ésta 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 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.

Este seguro no está sujeto a , y no proporciona algunos de los beneficios de seguro exigidos por, La Ley de Protección Asistencia Asequible al Paciente de los Estados (" ACA ") . Este seguro no ofrece , y las aseguradoras no tienen la intención de proporcionar , la cobertura mínima esencial bajo ACA . En ningún caso, los beneficios se proporcionarán por encima de los especicados en el contrato de póliza.

Este seguro no está sujeto a la emisión o renovabilidad distinta a la prevista en el contrato de poliza . ACA requiere que ciertos ciudadanos estadounidenses y residentes de Estados Unidos obtengan una cobertura de seguro de salud compatible con ACA . En algunas circunstancias, pueden haber penalidades impuestas a la persona o personas que no mantengan la cobertura conforme ACA . Cada persona asegurada debe consultar a su abogado o profesional de impuestos para determinar si los requisitos de ACA son aplicables a él / ella

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

FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO O REPRESENTANTE

NOMBRE COMPLETO

FIRMA DEL CONYUGE DE PROPUESTO ASEGURADO

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 SOLICITANTES, 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 SUBAGENTE

NOMBRE DEL SUB-AGENTE

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 TÉLEFONO