

NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY

UN MUNDO ASEGURADO

PO Box 366107, San Juan PR 00936-6107

Tel. (787) 758-8080 / Fax: (787) 758-7954 - (787) 777-8413

PÓLIZA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS

PLAN ÓPTIMO PLUS

SUPLEMENTO

A LA SOLICITUD

CAMBIO Y/O CORRECCIÓN

NÚMERO DE PÓLIZA

Asegurado _____ Seguro Social _____ / _____ / _____

SOLICITO QUE SE REALICEN A LA PÓLIZA ARRIBA INDICADA LOS SIGUIENTES CAMBIOS Y/O CORRECCIONES. ENTIENDO QUE CUALQUIER CAMBIO O CORRECCIÓN EN CUALQUIERA DE LAS PARTES DE ESTE FORMULARIO SUSTITUIRÁ CUALQUIER OTRO DADO PREVIAMENTE POR MÍ.

PARTE I CAMBIOS Y/O CORRECCIONES

Nombre _____ Seguro Social _____ / _____ / _____

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Mes Día Año Teléfonos-Residencia _____ Trabajo _____

Dirección Postal _____

Patrono _____ E-mail: _____

Pagador _____ Seguro Social _____ / _____ / _____

DEPENDIENTES - CUBIERTA FAMILIAR

BENEFICIARIOS

Todas las designaciones de beneficiarios anteriores se revocan por la presente y se hace la siguiente designación:

Cónyuge:	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

*Cónyuge legal o consensual siempre que exista interés asegurable legítimo, excepto en las cubiertas opcionales de Seguro de Vida de Término y de Muerte Accidental, que significará legalmente casados.

*El beneficiario primario del cónyuge e hijos cubiertos (si alguno) es el Asegurado Primario de la Póliza.

PARTE II

CAMBIOS EN CUBIERTA - TODOS LOS BENEFICIOS OPCIONALES ANTERIORES SE REVOCAN POR LOS SOLICITADOS EN LA PARTE C.

\$	A. CUBIERTA BASICA <input type="checkbox"/> PLAN INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> PLAN FAMILIAR	B. MODO DE PAGO
\$	C. BENEFICIOS OPCIONALES	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semi-Anual <input type="checkbox"/> Anual
	<input type="checkbox"/> 1. Cubierta Básica Ampliada	<input type="checkbox"/> Nómina o Asoc.
	<input type="checkbox"/> 2. Muerte Accidental y Desmembramiento \$ _____ / \$ _____ Mensual	<input type="checkbox"/> Check-o-matic
	<input type="checkbox"/> a. Indemnización por Hosp / Accidente	<input type="checkbox"/> Pago Directo
	<input type="checkbox"/> b. Indemnización por Hosp / Cualquier Causa (Enfermedad o Accidente)	
	<input type="checkbox"/> 3. Seguro de Vida	Prima: ↔ \$ _____
	<input type="checkbox"/> 4. Cuidado Intensivo _____ Unidades	Plan Codes
	<input type="checkbox"/> 5. Indemnización Mensual por Convalecencia en el Hogar	
	<input type="checkbox"/> 6. Trasplante de Órganos Plan _____	
	<input type="checkbox"/> 7. Pérdida de Ingresos por Incapacidad Plan _____	
	<input type="checkbox"/> 8. Tratamiento Médico de Emergencia por Accidente Plan _____	
	<input type="checkbox"/> 9. Pago Único de Diagnóstico de Cáncer por 1ra. Vez Plan _____	
\$	↔ TOTAL PRIMA	

CERTIFICO que la información contenida en este documento es completa y correcta a mi mejor saber y entender; y que ninguna de las personas adicionadas para ser cubiertas por la póliza arriba mencionada nunca han tenido o tienen Cáncer y Enfermedades Temidas según definidas en la póliza, nunca se nos ha realizado trasplantes de órganos y que ni a mi ni a ninguna de las personas adicionadas se nos ha diagnosticado, recomendado tratamiento o tratado ninguna condición del sistema cardiovascular, renal o respiratorio, condición mental o nerviosa, Enfermedad de Hodgkins, Hepatitis, Diabetes, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo Relacionado al SIDA (ARC), condiciones relacionadas con el SIDA; ni por ninguna otra enfermedad o padecimiento que pudiera afectar la decisión de la Compañía para emitir o no una póliza de seguro de vida, incapacidad o salud a mi nombre o el de mi cónyuge e hijos hasta esta fecha, excepto _____, que está excluido de la cubierta de este programa. ENTIENDO que este Suplemento de cambios no será efectivo hasta que sea recibido y aprobado por un oficial autorizado de National Life Insurance Company en su oficina principal y se reciba prima para los cambios en cubierta solicitados, si aplica. ACEPTO que este documento es una enmienda que formará parte de la póliza arriba numerada.

AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000), o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

FIRMA DEL ASEGURADO _____

APROBADA _____

FIRMA DEL TESTIGO _____

FECHA APROBADA _____

FECHA FIRMADA _____

ENDOSO EFECTIVO EN _____