

SOLICITUD DE SERVICIO

Asegurado _____ Póliza Núm. _____

Parte I -Cambios Solicito el siguiente cambio:

Cambio en la forma de *pago de la prima, a _____ efectivo con la prima vencida _____
*(si escogió descuento de banco, favor de enviar cheque "void")

Cambio de Beneficiario: (Indique el nombre completo del nuevo beneficiario)
Beneficiario _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____

Cambio de Dirección: (Indique nueva dirección en el espacio provisto.)

Urbanización _____ Número _____ Calle _____
Barrio _____ Pueblo _____ P.R. _____ Zip Code _____

Incluir Beneficiario
1. _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco _____
2. _____ Fecha de Nacimiento _____ Parentesco _____

otro: _____
Firmado en _____, hoy día _____ de _____ de _____.

Firma de Dueño de la Póliza

Nombre del Testigo (en letra de molde)

Firma del Testigo

Parte II – DECLARACION JURADA DE PERDIDA Y SOLICITUD DE DUPLICADO DE PÓLIZA

Certifico que soy el dueño de la Póliza Número _____ emitida por Universal Life Insurance Company de San Juan, Puerto Rico y que ninguna persona o personas, corporación o asociación tiene ninguna reclamación o interés en dicha póliza en virtud de venta, asignación o promesa, excepto como sigue:

(Indique nombres y direcciones: si no hay excepciones, escriba "sin excepciones")

Además certifico que dicha póliza está perdida y a mi mejor entender no está en poder de otra persona. Las circunstancias de la pérdida o destrucción son como sigue: (Indique los detalles de la pérdida o destrucción de la póliza)

Aviso: "cualquier persona que a sabiendas y 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 (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares 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." (artículo 27.320 de la ley #18 del 8 de enero de 2004)

Basado en la declaración jurada anterior solicito que Universal Life Insurance Company emita duplicado de la póliza descrita anteriormente o certificado de seguro que evidencie el contrato atestiguado y que tal duplicado o certificado sea numerado igual que la póliza original. En consideración a que se acceda a esta petición, me comprometo y acepto lo siguiente:

1. Que tal duplicado deberá ocupar el lugar y posición de la póliza original para todos los propósitos.
2. Que si la póliza original fuera encontrada, el duplicado o certificado deberá ser prontamente devuelto a la Compañía para su anulación y la póliza original para que se edose cualquier cambio hecho desde que se emitió el duplicado o certificado.
3. Que asumo toda responsabilidad por pérdida o daño a dicha Compañía, que pueda ocurrir como resultado, directo o indirecto, de la emisión de este duplicado de póliza o certificado de seguro.

Firmado en _____, hoy día _____ de _____ de _____. Firma del Testigo (en letra de molde) _____

Firma de Dueño de la Póliza _____ Firma del Testigo _____

SOLICITUD PARA INCLUIR CÓNYUGE Y/O DEPENDIENTE

Nombre del Asegurado Principal:	<i>Apellido paterno</i>	<i>Apellido materno</i>	<i>Nombre</i>	Número de Póliza:
Nombre de Cónyuge o Dependiente	<i>Apellido paterno</i>	<i>Apellido materno</i>	<i>Nombre</i>	

Dirección Postal/Residencial: _____

<i>Numero</i>	<i>Calle</i>	<i>Urbanizacion o Barrio</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Pais</i>	<i>Zona Postal</i>
Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Ocupación:			

Los abajo firmantes declaramos que las manifestaciones y contestaciones que siguen son completas ciertas y se hacen para inducir a la Compañía a reinstalar la póliza arriba mencionada.

<p>I. Desde la fecha de la solicitud para esta póliza, (1) el asegurado, o (2) el cónyuge del asegurado (si es un Plan Familiar), o (3) el hijo o los hijos del asegurado (si es Plan Familiar) ha(n):</p> <table style="width:100%; margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">SI</td> <td style="text-align:center;">NO</td> </tr> <tr> <td>a. Sufrido alguna lesión o cambio en salud</td> <td style="text-align:center;">○</td> <td style="text-align:center;">○</td> </tr> <tr> <td>b. Estado como paciente en un hospital, clínica o sanatorio</td> <td style="text-align:center;">○</td> <td style="text-align:center;">○</td> </tr> <tr> <td>c. Recibido cualquier tratamiento o examen o ha sido paciente de cualquier médico</td> <td style="text-align:center;">○</td> <td style="text-align:center;">○</td> </tr> <tr> <td>d. Fumado cigarrillos en el último año? Si su contestación es <i>Sí</i>, indique cantidad diaria</td> <td style="text-align:center;">○</td> <td style="text-align:center;">○</td> </tr> <tr> <td>e. Usado narcóticos, barbitúricos, anfetaminas, drogas sicodélicas, marihuana, o ha sido tratado por adicción a drogas o alcoholismo</td> <td style="text-align:center;">○</td> <td style="text-align:center;">○</td> </tr> <tr> <td>f. Participado en deportes peligrosos o ha volado no como pasajero pagando tarifa aérea</td> <td style="text-align:center;">○</td> <td style="text-align:center;">○</td> </tr> <tr> <td>g. Sido declinada, pospuesta o se le ha cargado tarifa adicional por la emisión o la reinstalación de cubierta en esta o cualquier otra compañía de seguros</td> <td style="text-align:center;">○</td> <td style="text-align:center;">○</td> </tr> </table> <p>II. Asegurado: ESTATURA: _____ pies _____ pulgadas PESO: _____ libras</p>		SI	NO	a. Sufrido alguna lesión o cambio en salud	○	○	b. Estado como paciente en un hospital, clínica o sanatorio	○	○	c. Recibido cualquier tratamiento o examen o ha sido paciente de cualquier médico	○	○	d. Fumado cigarrillos en el último año? Si su contestación es <i>Sí</i> , indique cantidad diaria	○	○	e. Usado narcóticos, barbitúricos, anfetaminas, drogas sicodélicas, marihuana, o ha sido tratado por adicción a drogas o alcoholismo	○	○	f. Participado en deportes peligrosos o ha volado no como pasajero pagando tarifa aérea	○	○	g. Sido declinada, pospuesta o se le ha cargado tarifa adicional por la emisión o la reinstalación de cubierta en esta o cualquier otra compañía de seguros	○	○	<p>Explique las contestaciones "S/" incluyendo nombres, fechas, condiciones y doctores:</p>
	SI	NO																							
a. Sufrido alguna lesión o cambio en salud	○	○																							
b. Estado como paciente en un hospital, clínica o sanatorio	○	○																							
c. Recibido cualquier tratamiento o examen o ha sido paciente de cualquier médico	○	○																							
d. Fumado cigarrillos en el último año? Si su contestación es <i>Sí</i> , indique cantidad diaria	○	○																							
e. Usado narcóticos, barbitúricos, anfetaminas, drogas sicodélicas, marihuana, o ha sido tratado por adicción a drogas o alcoholismo	○	○																							
f. Participado en deportes peligrosos o ha volado no como pasajero pagando tarifa aérea	○	○																							
g. Sido declinada, pospuesta o se le ha cargado tarifa adicional por la emisión o la reinstalación de cubierta en esta o cualquier otra compañía de seguros	○	○																							

El (los) abajo firmantes, expresamente acuerdan lo siguiente (1) la póliza no será reinstalada hasta que la Compañía haya recibido las primas en atraso correspondientes y haya aprobado esta solicitud en su oficina central; (2) los términos y condiciones de la cláusula de incontestabilidad de la póliza se aplicarán a la reinstalación realizada basada en esta solicitud, pero el período de tiempo especificado en dicha cláusula comenzará en la fecha de aprobación de esta solicitud por la Compañía; y (3) si la solicitud de reinstalación es aprobada por la Compañía no habrá responsabilidad ni se restaurará la cubierta de seguro con respecto a cualquier persona ahora fallecida o con respecto a cualquier persona que no sería cubierta bajo dicha póliza en la fecha de esta solicitud de no haber existido la falta de pago de primas.

AUTORIZACION: Autorizo (autorizamos) a cualquier médico debidamente licenciado, hospital, clínica u otra organización médica, compañía de seguros, a la Oficina de Información Médica o cualquier otra institución o persona que tenga algún historial o conocimiento de mi persona o de mi salud, a dar a UNIVERSAL LIFE INSURANCE COMPANY o a sus reaseguradores, dicha información. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original

Aviso: "cualquier persona que a sabiendas y 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 (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares 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." (artículo 27.320 de la ley #18 del 8 de enero de 2004)

Firma del Asegurado _____ Firma del Testigo _____ Fecha: _____

APROBADA POR: _____ Fecha de aprobación: _____ Fecha efectividad: _____

AVISO RELACIONADO CON EL NEGOCIADO DE INFORMACION MEDICA -La información relativa a su capacidad de convertirse en asegurado se considerará confidencial. Universal Life Insurance Company, así como sus reaseguradores, podrán, no obstante, presentar un breve informe en relación con dicho asunto al Negociado de Información Médica, una organización sin fines de lucro de compañías de seguros de vida, la cual opera un intercambio de información a favor de sus miembros. Si usted solicita a cualquier otra compañía que sea miembro del Negociado cobertura de seguro de vida o de salud, o presenta una reclamación de beneficios a una de dichas compañías, el Negociado, cuando se le solicite, le proporcionará a dicha compañía la información que tenga en sus archivos. Si usted lo solicita, el negociado le proporcionará la información que pueda tener en sus archivos sobre usted. (Sólo se le proporcionarán datos de tipo médico de cabecera) Si usted considera que la información que el Negociado tiene en sus archivos es incorrecta en algún sentido, podrá ponerse en contacto con el Negociado y solicitar que se hagan las correcciones pertinentes, de conformidad con los procedimientos estipulados en la ley de información justa sobre Créditos promulgada por el gobierno federal. La dirección de la oficina de información del Negociado es Post Office Box 105, Essex Station, Boston, MA 02112, número de teléfono (617) 426-3660. Universal Life Insurance Company así como sus reaseguradores, podrán también suministrarles la información que tenga en sus archivos a otras compañías de seguro de vida a las cuales pueda usted presentar solicitudes de seguro de vida o de salud, o a las cuales pueda usted presentar una reclamación de beneficios.