

Sírvase mecanografiar o escribir en letra de molde toda la información

Oficina Ejecutiva: P.O. Box 1109 GT, Mary Street, Grand Cayman, Cayman Islands, BWI

Oficina Administrativa: CNA Insurance Companies, P.O. Box 305153, Nashville, TN 37230-5153, USA

Nombre del asegurado _____ Número de póliza _____

Yo, _____, Asegurado/Dueño, por este medio le solicito a CNA International Life Company que efectúe los siguientes cambios en la póliza antes especificada:

- Reducción en el monto nominal Nueva cantidad: _____
- Eliminación de la cláusula adicional Tipo de cláusula adicional: _____
- Otros Comentarios: _____

***La información a continuación no es necesaria sobre las personas cuyos beneficios no cambian. Si no corresponde la respuesta a la pregunta, sírvase indicarlo así al lado de cada pregunta correspondiente.**

Las siguientes declaraciones presentadas por el Asegurado/Contratante forman parte de esta solicitud:

1. Conforme a su mejor saber y entender, ¿está discapacitado el Asegurado? (Debe responder a esta pregunta, si la póliza incluye un beneficio por discapacidad.) Sí No No corresponde

2. Conforme a su mejor saber y entender, la(s) persona(s) cuyos beneficios están en proceso a ser cambiados o quien(es) está siendo agregado(s), ¿han consultado con algún médico o han sido hospitalizados dentro de los últimos 5 años, salvo lo estipulado en la solicitud original? Sí No

3. Complete la información adicional a continuación, para cada persona cuya cobertura está vigente o se le está agregando:

Nombres completos de las personas aseguradas	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo	Estatura	Peso	Seguro de Vida vigente	Beneficio por Muerte Accidental o Monto Principal
a. _____	(Asegurado)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
b. _____	(Cónyuge)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
c. _____							
d. _____							
e. _____							

4. Cargo _____ Deberes _____
 Empleador _____ Dirección _____
 Calle _____ Ciudad _____ País _____

5. Conforme a su mejor saber y entender, en los últimos 5 años, ¿usted y/o cualquiera de los asegurado(s) propuesto(s) han padecido de:

	Asegurado		Persona adicional	
	Sí	No	Sí	No
a. ¿Ataque cardíaco, desorden cardíaco, soplo cardíaco, derrame, presión sanguínea alta, diabetes o desorden renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Azúcar o albúmina en la orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Tumores o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Desorden del oído o la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Desorden mental o físico durante los últimos 5 años, que no esté identificado en lo anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Rayos-x, electrocardiogramas, estudios sanguíneos u otras pruebas de diagnóstico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Conforme a su mejor saber y entender, usted y/o alguno de sus asegurado(s) propuesto(s) ¿ha estado recluido en algún hospital, sanatorio o institución o ha sido aconsejado que se recluya para efectos de tratamiento o diagnóstico? Sí No Sí No

7. Conforme a su mejor saber y entender, usted y/o alguno de sus asegurado(s) propuesto(s), ¿ha participado en cualquier actividad de aviación como piloto o miembro de la tripulación, submarinismo, buceo o paracaidismo de estilo, carreras o algunas otras actividades peligrosas durante los últimos 5 años? (Si la respuesta es sí, sírvase completar el formulario de Aviación y/o Deportes de Riesgo.) Sí No Sí No

8. ¿Usted o algún(o) de sus asegurado(s) propuesto(s) ha fumado algún cigarillo durante los últimos 12 meses? Sí No Sí No

9. Beneficiario por Cláusula Adicional de Beneficiario _____

10. La cobertura que solicita, ¿reemplazará o cambiará cualquier seguro o seguro de renta vitalicia(annuity) vigente sobre la vida de cualquier (propuesto) asegurado? Sí No

Si la respuesta es SÍ a cualquier parte de las preguntas 1, 2, 5 ó 6, sírvase especificar detalles de nombres, domicilios, incluso fechas de consultas a los médicos.

Se entiende y se acepta que esta solicitud es una enmienda y pasará a formar parte de la solicitud de la póliza cuyo número se especifica en lo susodicho, y al ser aceptada por la Compañía en la Oficina Ejecutiva, la solicitud conforme ha sido enmendada pasará a formar parte de cualquier póliza que se emita en lo adelante.

Fechado en la ciudad de _____ este día ____ de _____ de 20 ____.

Testigo _____
Corredor

Asegurado

Testigo _____

Contratante

Cesionario o Beneficiario Irrevocable, de haberlo

Oficina de origen _____

Código de G/A _____ Código de SA _____

Autorización para obtener información

POR LA PRESENTE DOY AUTORIZACIÓN a cualquier médico, personal médico, hospital, clínica, u otra institución médica o relacionada, empresa de seguro o de reaseguro, la Medical Information Bureau, Inc., agencia de informe del consumidor, que tenga información disponible en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico en lo relacionado a cualquier condición física o mental y/o tratamiento, incluyendo condiciones psiquiátricas, abuso de alcohol o estupefacientes, y cualquier otra información médica o no-médica de mi persona o condición de salud a CNA International Life Company o su representante legal, parte de o toda información pertinente.

Para facilitar presentación rápida de dicha información, autorizo a las fuentes en lo susodicho, salvo MIB, a presentar dichos informes o conocimiento a cualesquier agencia contratada por la Compañía a recopilar y transmitir dicha información.

ENTIENDO que la información que se obtenga por medio de esta Autorización será utilizada por CNA International Life Company para determinar la elegibilidad para seguro. Cualesquier información obtenida no será entregada por CNA International Life Company a cualquier persona u organización, SALVO para las empresas de reaseguro, la Medical Information Bureau, Inc. u otras personas u organizaciones que lleven a cabo negocios o servicios legales en lo relacionado con mi Hoja de Detalles Personales, o como requisito legal que pueda ser o como pueda yo en lo adelante autorizar.

COMPRENDO que puedo solicitar copia de esta Autorización.

ACEPTO que una copia fotostática de esta Autorización es tan válida como la original.

RECONOZCO haber recibido y leído el Aviso al Asegurado Propuesto y el Aviso del Medical Information Bureau.

ACEPTO que esta Autorización permanecerá en vigor por dos años a partir de esta fecha.

X

1^{er} Propuesto Asegurado _____

(Si está firmando en nombre del Asegurado Propuesto, sírvase indicar el parentesco/autoridad)

Testigo - Corredor

X

2^{do} Propuesto Asegurado _____

Fecha (Mes, día, año)

LV206-903-B

Pregunta de reemplazo de parte del agente

¿Tiene usted conocimiento o motivo para creer que el seguro que por medio de la presente se solicita, reemplazará o cambiará cualquier seguro o seguro de renta vitalicia(annuity) vigente al corriente, sobre la vida del propuesto asegurado? Sí No

Fecha _____

Firma _____

Corredor

de Corredor

Aviso al Propuesto(s) Asegurado(s)

Separar - entregar al solicitante

Para poder tramitar y administrar debidamente su cobertura de seguro, se requiere recopilar cierta información necesaria y de ayuda en lo relacionado con su asegurabilidad. Usted es nuestra fuente más importante de información; pero además debemos comunicarnos con otras fuentes, incluyendo instituciones y profesionales médicos, empleadores y otras compañías de seguro.

Podemos obtener un informe investigativo del consumidor, por medio del cual se pueda obtener información de su carácter, reputación general y características personales al celebrar entrevistas con sus amistades, vecinos y otros conocidos suyos.

En algunas situaciones, y en cumplimiento con la ley, puede que se divulguen algunos datos necesarios a terceros, sin su autorización específica.

(Sírvase hacer referencia al Aviso en lo relacionado al Medical Information Bureau.)
Gracias por su solicitud de seguro.

LV206-274-B

Aviso en lo relacionado al *Medical Information Bureau*

Sírvase leer detenidamente

Toda información relacionada con su asegurabilidad se tratará confidencialmente. *CNA International Life Company* o su(s) reasegurador(es) pueden, no obstante, presentar un informe breve al *Medical Information Bureau*, una asociación sin fines de lucro, de compañías de seguros de vida, la cual administra un intercambio de información de parte de sus socios. Si usted presenta solicitud a otra compañía, que también sea socia de esta Oficina, para cobertura de seguro de vida o de salud, o presenta reclamo de beneficios a dicha compañía, la Oficina, conforme al pedido, le suministrará a dicha compañía la información al corriente en el expediente.

CNA International Life Company o su(s) reasegurador(es) también pueden brindar información de dichos expedientes a otras compañías de seguro de vida, a las cuales usted le solicite seguro de vida o de salud, o a quien usted les presente reclamo de beneficios.

Es de nuestro entender, que al recibir una solicitud de parte suya, la Oficina hará los arreglos pertinentes para divulgar cualquier información que mantenga en su expediente. Si usted tiene alguna pregunta en lo relacionado a la precisión de la información en dicho expediente, puede comunicarse directamente, conforme a los procedimientos estipulados por las leyes que exigen que los informes de crédito sean justos y equitativos (*Fair Credit Reporting Acts*) de EE.UU., a la siguiente dirección: Medical Information Bureau, P.O. Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts, 02112 USA.

LV203-902-A