

1. **Por la presente solicito plena reinstalación de la Póliza Número _____**, de fecha _____ de _____ de _____, sobre mi vida. Adjunto la(s) prima(s) correspondiente por la cantidad de \$ _____. Esta póliza quedó cancelada porque la prima que vencía el día _____ de _____ de _____ no fue pagada.

2. Nombre del asegurado (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento		Nº ID:
	Estatura	Peso	Teléfono:
Dirección:			Correo electrónico:
	Ciudad	Estado	Código postal

- | | |
|---|---|
| 3. Desde la fecha de su última solicitud de seguro a CNA International Life Company, ¿ha solicitado usted algún seguro de vida, accidente o salud, el cual no se le ha concedido exactamente como fue solicitado, en calidad de clase, cantidad o prima? (Si la respuesta es sí, sírvase indicar detalles en el encasillado #11.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Desde la fecha de su última solicitud de seguro a CNA International Life Company, ¿se le ha cancelado algún seguro emitido en su nombre, o se le ha rehusado su renovación o reinstalación? (Si la respuesta es sí, sírvase indicar detalles en el encasillado #11.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Desde la fecha de su última solicitud de seguro a CNA International Life Company, ¿ha solicitado la consulta de algún médico o visitado alguna clínica u hospital en calidad de paciente, o piensa hacerlo dentro de los próximos 30 días? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Alguna vez ha recibido consejo o tratamiento para: embolia <input type="checkbox"/> desorden mental o nervioso <input type="checkbox"/> desorden pulmonar o respiratorio <input type="checkbox"/> ; presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> enfermedad renal <input type="checkbox"/> cáncer o tumor de alguna índole <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hígado <input type="checkbox"/> cerebro <input type="checkbox"/> falta de aire <input type="checkbox"/> uso de alcohol o drogas <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Tiene usted intenciones de practicar o en la actualidad practica, el buceo o paracaidismo de estilo, el vuelo con ala delta, alpinismo, o algún tipo de carrera motorizada? (Si la respuesta es sí, se requiere que cumpla con el formulario de Deportes Arriesgados.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Tiene usted intenciones de practicar, o en la actualidad practica, volar en calidad de piloto, estudiante piloto o miembro de tripulación aérea? (Si la respuesta es sí, se requiere que cumpla con el formulario de Aviación.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. Desde su última solicitud a CNA International Life, ¿ha usado usted tabaco o productos de nicotina? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 10. ¿A qué se dedica actualmente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. Detalles de las respuestas "sí", en lo susodicho. Debe indicar el diagnóstico, tratamiento, nombre(s) y dirección(es) de su médico(s) de cabecera e instituciones médicas. | |

Autorización para obtener información

Por este medio, el Asegurado Propuesto autoriza a cualquier médico, personal médico, hospital, clínica, u otra institución médica o relacionado, empresa de seguro o reaseguro, el *Medical Information Bureau, Inc.*, agencia de informe del consumidor y/ o empleador que tenga información disponible en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico relacionado a cualquier condición física o mental y/o tratamiento, incluyendo condiciones siquiátricas, abuso de alcohol o estupefacientes, y cualquier otra información médica o no-médica del Asegurado Propuesto o de la salud del Asegurado Propuesto, a CNA International Life Company o su representante legal, parte de o toda información pertinente. El Asegurado Propuesto autoriza 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. El Asegurado Propuesto entiende 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 Internantional Life Company a cualquier persona u organización, SALVO a las empresas de reaseguro, el *Medical Information Bureau*, Inc., u otras personas que lleven a cabo negocios o servicios legales en lo relacionado con la solicitud de Asegurado Propuesto, o como requisito legal que pueda ser o como pueda el Asegurado Propuesto, en lo adelante autorizar.

El Asegurado Propuesto entiende que dichas entidades pueden solicitar copia de esta Autorización.

El Asegurado Propuesto entiende que una copia fotostática de esta Autorización es tan válida como la original.

El Asegurado Propuesto reconoce haber recibido y leído el Aviso al Asegurado Propuesto y el Aviso del *Medical Information Bureau*.

El Asegurado Propuesto acepta que esta Autorización permanecerá en vigor por dos años a partir de esta fecha.

El Asegurado Propuesto y el Solicitante, de no ser el mismo Asegurado Propuesto, acepta(n) que: (1) todas las declaraciones y respuestas en esta solicitud son completas, ciertas y veraces a su mejor entender y conocer; (2) de ser aceptada esta solicitud por la Compañía, la póliza que se solicita, conforme a esta solicitud, la solicitud original, y cualesquier anexos constituyen el contrato de seguro en su totalidad; (3) el seguro no tendrá vigencia hasta que la solicitud esté aprobada y aceptada por la Compañía y que la prima correspondiente para reinstalar dicha póliza esté debidamente pagada.

El Asegurado Propuesto entiende que: (1) si la póliza ha estado en vigor por un término de menos de dos años antes de ser cancelada, las disposiciones de Incontestabilidad y Suicidio de la póliza, permanecerán en vigor por el término restante del período de los dos años, comenzando en la fecha de efectividad de la reinstalación; y (2) cualesquier reinstalación será incontestable, salvo por la falta de pago de prima, solamente después de que dicha reinstalación ha estado en vigencia durante el término de vida del Asegurado, durante dos años a partir de la fecha de efectividad de reinstalación.

El Asegurado Propuesto entiende que: (1) una póliza que ha sido cancelada por más de tres (3) años, no puede ser reinstalada; (2) esta solicitud no será aprobada para reinstalación de la póliza, salvo que todas las primas correspondientes, incluyendo el interés hayan sido recibidas; (3) el dinero recibido junto con esta solicitud será retenido hasta recibir la aprobación de esta solicitud; (4) CNA International Life Company se reserva el derecho de obtener información adicional; (5) ningún seguro tendrá vigencia hasta que esta solicitud quede aprobada.

Conforme a las penalidades de perjurio; el Asegurado Propuesto y el Solicitante, de no ser el mismo Asegurado Propuesto, certifica(n) que el(los) número(s) de identificación(es) en lo incluso es(son) correcto(s).

[] Escojo a que se me entreviste, si se prepara un informe investigativo del consumidor en lo relacionado con esta solicitud. Sírvase comunicarse conmigo entre las horas de _____ y _____. Mi número de teléfono es: _____.

Firmado en _____, este día _____ de _____ de 20_____.
Ciudad Estado

Asegurado Propuesto (Si firma en nombre del Asegurado

Agente

Propuesto, especifique la relación/autorización)

Dueño (De no ser el Asegurado)

Fecha (Mes, día, año)

Aviso al Asegurado Propuesto**Separar - entregar al solicitante**

Para poder tramitar y administrar su cobertura de seguro debidamente, 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 a 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 de la ley, puede que se divulguen algunos datos necesarios a terceros, sin su autorización específica.

Usted tiene todo el derecho a que se le informe y se le deje ver (y copiar, si así lo desea), artículos de referencia de índole personal que aparezcan en nuestros expedientes, incluyendo la naturaleza y gama de la información contenida en los informes investigativos de consumidor. También tiene el derecho a solicitar corrección, enmienda o a que se le elimine información del expediente, cual usted entiende que no es precisa.

Si desea alguna información adicional en lo relacionado a lo susodicho, sírvase escribir a CNA International Life, P>O> Box 305153, Nashville, TN 37230-5153, USA.

Gracias por su solicitud de seguro. (Sírvase leer el Aviso en lo relacionado al *Medical Information Bureau*)

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 le 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 presenta alguna duda en lo relacionado a la información que mantiene el *Medical Information Bureau* en su expediente, puede comunicarse con MIB directamente y solicitar el cambio debido según los procedimientos establecidos, conforme a la ley de *Fair Credit Reporting Act*. La dirección de la sección de información de esta Oficina es: P.O. Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112, USA.

