



STATETRUST
Life & Annuities

ENMIENDA POLIZA DE VIDA

ESPECIFICACIONES DEL PLAN

POLIZA NO.	<input type="text"/>	NOMBRE DEL PLAN	<input type="text"/>
PROPIETARIO	<input type="text"/>	FECHA EFECTIVA DEL PLAN	<input type="text"/>
ASEGURADO	<input type="text"/>	DIA ANIVERSARIO DEL PLAN	<input type="text"/>
ASEGURADO ADICIONAL	<input type="text"/>	FECHA DE VIGENCIA DE LA ENMIENDA	<input type="text"/>

ENMIENDA APROBADA

ASEGURADO	<input type="text"/>	SUMA ASEGURADA	<input type="text"/>
CONDICION	<input type="text"/>		
DETALLES	<input type="text"/>		

AVISO IMPORTANTE - CERTIFICACION

Yo, certifico y aseguro en mi calidad de Propietario y/o Asegurado de la Póliza / Plan mencionado más arriba, que la información declarada durante el proceso de suscripción y expresada en la condición y el detalle de esta enmienda es cierta y fue suministrada por mi persona a la Compañía con el propósito de aclarar, completar o complementar la información necesaria para la evaluación de esta Póliza / Plan.

Si existiera alguna inconsistencia o irregularidad en la información dada por mi persona o por cualquier otra persona asegurada o propietaria dentro de esta Póliza / Plan, entiendo que estoy en la obligación de notificarlas de forma inmediata a la Compañía.

Si el Propietario y/o Asegurado proporciona información incorrecta, parcial o falsa como respuesta a alguna pregunta hecha por la Compañía con respecto al estilo de vida, profesión, ocupación, ingresos, salud, actividades; o si, de manera deliberada, el Propietario y/o Asegurado omite o esconde cualquier información que la Compañía considere relevante, esta última tendrá el derecho de cancelar de inmediato el Contrato, sin pago de ningún beneficio y únicamente se limitará a retornar como máximo la prima recibida.

State Trust Life and Annuities, Ltd.

HEADQUARTERS
BELMONT CHAMBERS
TROPIC ISLE BUILDING, 2ND FLOOR
NIBSS STREET, ROAD TOWN
TORTOLA, BRITISH VIRGIN ISLANDS
www.statetrustlife.com

FIRMA PROPIETARIO Y/O ASEGURADO DEL PLAN

FECHA