



SOLICITUD DE REHABILITACION

Número de póliza		Asegurado (Apellido/Nombre)			
Ocupación	Nacionalidad	No. de ID o Referencia tributaria			
1. Desde la fecha de emisión de la póliza arriba mencionada, el asegurado:					
		SI NO	SI NO		
a.	¿Ha sufrido de algún desorden mental o físico?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	g.	¿Ha fumado cigarrillos o usado otros productos derivados del tabaco?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h.	¿Ha usado algún narcótico o cualquier otra sustancia controlada con o sin receta médica? (Si afirmativo, complete el formulario de Uso de Drogas).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b.	¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i.	Aparte de volar como pasajero en una aerolínea, ¿piensa hacer otro tipo de vuelo? (Si afirmativo, complete el formulario de Aviación).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		¿Ha sido su solicitud de vida o salud alguna vez rechazada o postergada? ¿Le han negado la rehabilitación de su póliza, o le han ofrecido una sobreprima? ¿Tiene alguna solicitud pendiente en alguna compañía?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c.	¿Ha sido dado de baja del servicio militar por razones médicas?... ¿Participa o piensa participar en motociclismo, carreras de autos, planeo, alpinismo, parapente, paracaidismo o algún otro deporte peligroso? (Si afirmativo, complete el formulario de Pasatiempos).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j.	¿Ha sido diagnosticado o tratado por un médico como afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Complejo Relacionado con el SIDA?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d.	¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable de un crimen?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	k.	¿Ha servido o intenta servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e.	¿Ha sido suspendida o revocada su licencia de conductor?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
f.	¿Ha estado involucrado en un accidente de carro, declarado culpable de conducir bajo la influencia del alcohol o drogas o tiene más de una infracción de tráfico?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2. DETALLE SUS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS 1(a) A LA 1(o)					
No.	Nombre	Enfermedad o Lesión	Fecha	Detalles, Médicos, Hospitales, Direcciones	

Todas las declaraciones hechas con relación a esta solicitud son precisas y exactas. Se acuerda que: 1) Best Meridian puede solicitar evidencia adicional de asegurabilidad; 2) el hecho de que Best Meridian reciba o tenga en su poder esta solicitud no constituye la rehabilitación de la póliza; 3) durante la vida de todas las personas aseguradas bajo esta póliza, si se rehabilitase y mientras su asegurabilidad quede como se describe en esta solicitud, la póliza no será rehabilitada hasta que Best Meridian haya: (a) recibido todas las sumas requeridas y (b) aprobado la solicitud; 4) lo que sea del conocimiento del agente o del examinador médico no es del conocimiento de Best Meridian, tampoco puede aceptarse en favor de su asegurabilidad; 5) si el asegurado comete suicidio, estando en su sano juicio o no, dentro de los dos años después que se apruebe esta solicitud, la rehabilitación de esta póliza será declarada nula por la Compañía; 6) si dentro del periodo de dos (2) años a partir de la fecha en que se apruebe esta solicitud se encuentra que cualquiera de las declaraciones hechas en esta solicitud no son verdaderas, la rehabilitación de la póliza podrá ser declarada nula por la Compañía.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE HE LEIDO Y COMPRENDIDO EL REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE EL CONSUMIDOR Y EL AVISO DE MIB, INC., LAS CUALES ME HAN SIDO ENTREGADAS.

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica y otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros o reaseguros, MIB, Inc., agencia de información sobre el consumidor, o empleador que posea información o archivos relacionados al seguro, cuidado médico, tratamiento o diagnóstico con respecto a cualquier condición física o mental, incluyendo información relacionada al uso de drogas o alcohol, de mi persona o de algún hijo menor de edad que esté asegurado con esta póliza, para que suministre dicha información a Best Meridian, o a excepción de MIB, Inc., a los representantes legales de Best Meridian.

Esta autorización será válida por treinta (30) meses a partir de la fecha en que fue firmada. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original. Yo puedo solicitar una copia de esta autorización.

TITULAR DE POLIZA  
SI NO ES EL ASEGURADO \_\_\_\_\_

ASEGURADO \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Firmado en \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES:  
A. Indique la fecha y el lugar donde fue firmada.  
B. TESTIGO: El representante de Best Meridian atestiguará la firma si es que está presente. Si no fuera así el testigo no será requerido a menos que la persona (a) firme con una X o (b) sea ciega.

Form 165 Rev. 8/17

(AGENTE: DESPRENDA LAS NOTIFICACIONES Y ENTREGUE AL ASEGURADO)

✂-----

NOTIFICACION DEL REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE EL CONSUMIDOR

Nosotros podemos pedir un reporte de investigación sobre el consumidor con respecto a su solicitud. Además dicho reporte puede ser solicitado para actualizar nuestros archivos, si usted solicita una cobertura adicional. Usted puede pedir que se le entreviste cuando el reporte investigativo sea preparado. Bajo su previa solicitud por escrito, nosotros le dejaremos saber si el reporte fue solicitado, siendo así, le daremos la dirección y teléfono de la agencia encargada del reporte. Usted puede inspeccionar y obtener una copia del reporte mostrando su identificación correcta a la agencia local. La agencia de investigación puede retener la información obtenida y revelarla en un futuro a otras personas, siempre y cuando esté de acuerdo a las Leyes Federales y del Estado que regulan el Informe de Crédito Justo.

Por lo general el reporte contendrá información de su carácter, reputación en general, características personales ya sea de su salud, trabajo y finanzas. Cuando sea necesario, el reporte tendrá información de su empleo, anterior y presente, incluyendo sus labores de trabajo; antecedentes de conductor, historial de salud, uso de alcohol y drogas, finanzas, deportes peligrosos y estado civil. La agencia puede obtener esta información por intermedio suyo, o por medio de sus familiares, compañeros de trabajo, fuentes financieras, vecinos y otros que lo conozcan.

NOTIFICACION REFERENTE A MIB, INC.

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante, nosotros o nuestros reaseguradores podemos presentar un breve informe a MIB, Inc. MIB, Inc. es una asociación de compañías de seguros de vida sin fines lucrativos, cuya función es permitir el intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita un seguro de vida o de salud, o si radica una reclamación a otra compañía miembro, MIB, Inc. suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente, de así solicitarse.

Usted puede solicitar que MIB, Inc. revele cualquier información que pueda tener en su expediente. Usted también puede solicitar que MIB, Inc. corrija cualquier información contenida en su expediente que usted considere incorrecta. Los pasos a seguir se estipulan en la ley “Fair Credit Reporting Act” (Decreto de Informe de Crédito Justo). La dirección de MIB, Inc. es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734. Teléfono (866) 692-6901. Página web: www.mib.com

Nosotros o nuestros reaseguradores, también podemos suministrar la información contenida en su expediente a otras compañía de seguro de vida a las cuales usted solicite cobertura o radique una reclamación den beneficios.