

NÚM. DE PÓLIZA

NÚM. DE GRUPO

☐ SOLICITUD
(NUEVA)

☐ SUPLEMENTO
A LA SOLICITUD
(CAMBIOS/CORRECCIÓN)

Si este formulario es un Suplemento a la Solicitud, entiendo que el mismo no será efectivo hasta que sea recibido y aprobado por un Oficial Autorizado de **Multinational Life Insurance Company**; y la prima pagada, si aplica, haya sido recibida en su Oficina Principal para los cambios en cubierta solicitados, los cuales SUSTITUIRÁN los beneficios y cubiertas anteriores bajo mi póliza. **ACEPTO** que dicho Suplemento es una enmienda que formará parte de la póliza aquí numerada.

PARTE I - INFORMACIÓN SOBRE EL PROPUESTO ASEGURADO

NOMBRE

INICIAL

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO

☐ ENE ☐ FEB ☐ MAR ☐ ABR ☐ MAY ☐ JUN ☐ JUL ☐ AGO ☐ SEP ☐ OCT ☐ NOV ☐ DIC

DíaAño

EDAD

AÑOS

LUGAR DE NACIMIENTO

☐ NÚM. SEGURO SOCIAL ☐ NÚM. CÉDULA

SEXO ☐ M ☐ F

PESO

Lbs.

ESTATURA

Pies

/Plgs.

NÚM. IDENTIFICACIÓN ☐ LIC. ☐ OTRA

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN POSTAL

DIRECCIÓN RESIDENCIAL

URB., CALLE & NÚM.

CIUDAD

ESTADO

ZIP CODE

TÉLFONOS

CEL.

RES.

OFIC.

PATRONO

OCUPACIÓN

SALARIO MENSUAL

\$

¿Está usted intercambiando una póliza existente de Cáncer de **Multinational Life Insurance Company**? ☐ Sí ¿Cuál? ☐ No

PARTE II - CUBIERTAS SELECCIONADAS Y PRIMAS

Plan Codes (Uso Interno)	A) CUBIERTA BÁSICA	PRIMAS MENSUALES - CUBIERTA BÁSICA*					PRIMA A PAGAR
		(El Asegurado podrá escoger sólo UNA.)					
	PLAN	EDAD (años)	OPCIÓN I	OPCIÓN II	OPCIÓN III	OPCIÓN IV	
	Individual	<input type="checkbox"/> 0 a 54	<input type="checkbox"/> \$ 13.00	<input type="checkbox"/> \$ 15.00	<input type="checkbox"/> \$ 20.00	<input type="checkbox"/> \$ 25.00	\$
		<input type="checkbox"/> 55 a 65	<input type="checkbox"/> \$ 16.00	<input type="checkbox"/> \$ 19.00	<input type="checkbox"/> \$ 28.00	<input type="checkbox"/> \$ 43.00	
		<input type="checkbox"/> 66 a 75	<input type="checkbox"/> \$ 26.00	<input type="checkbox"/> \$ 36.00	<input type="checkbox"/> \$ 57.00	<input type="checkbox"/> \$ 70.00	
	Pareja 1 Máx. 1 Asegurado igual o mayor de 26 años	<input type="checkbox"/> 0 a 54	<input type="checkbox"/> \$ 17.00	<input type="checkbox"/> \$ 19.00	<input type="checkbox"/> \$ 25.00	<input type="checkbox"/> \$ 32.00	\$
		<input type="checkbox"/> 55 a 65	<input type="checkbox"/> \$ 20.00	<input type="checkbox"/> \$ 24.00	<input type="checkbox"/> \$ 35.00	<input type="checkbox"/> \$ 54.00	
		<input type="checkbox"/> 66 a 75	<input type="checkbox"/> \$ 33.00	<input type="checkbox"/> \$ 45.00	<input type="checkbox"/> \$ 72.00	<input type="checkbox"/> \$ 88.00	
	Pareja 2 Ambos Asegurados igual o mayores de 26 años	<input type="checkbox"/> 26 a 54	<input type="checkbox"/> \$ 20.00	<input type="checkbox"/> \$ 23.00	<input type="checkbox"/> \$ 30.00	<input type="checkbox"/> \$ 38.00	\$
		<input type="checkbox"/> 55 a 65	<input type="checkbox"/> \$ 24.00	<input type="checkbox"/> \$ 29.00	<input type="checkbox"/> \$ 42.00	<input type="checkbox"/> \$ 65.00	
		<input type="checkbox"/> 66 a 75	<input type="checkbox"/> \$ 39.00	<input type="checkbox"/> \$ 54.00	<input type="checkbox"/> \$ 86.00	<input type="checkbox"/> \$105.00	
	Familiar 1 Máx. 1 Asegurado igual o mayor de 26 años Otros Asegurados menores de 26 años	<input type="checkbox"/> 0 a 54	<input type="checkbox"/> \$ 21.00	<input type="checkbox"/> \$ 24.00	<input type="checkbox"/> \$ 31.00	<input type="checkbox"/> \$ 39.00	\$
		<input type="checkbox"/> 55 a 65	<input type="checkbox"/> \$ 25.00	<input type="checkbox"/> \$ 30.00	<input type="checkbox"/> \$ 43.00	<input type="checkbox"/> \$ 66.00	
		<input type="checkbox"/> 66 a 75	<input type="checkbox"/> \$ 40.00	<input type="checkbox"/> \$ 55.00	<input type="checkbox"/> \$ 88.00	<input type="checkbox"/> \$107.00	
	Familiar 2 2 o más Asegurados igual o mayores de 26 años Otros Asegurados menores de 26 años	<input type="checkbox"/> 26 a 54	<input type="checkbox"/> \$ 23.00	<input type="checkbox"/> \$ 27.00	<input type="checkbox"/> \$ 36.00	<input type="checkbox"/> \$ 45.00	\$
		<input type="checkbox"/> 55 a 65	<input type="checkbox"/> \$ 29.00	<input type="checkbox"/> \$ 34.00	<input type="checkbox"/> \$ 50.00	<input type="checkbox"/> \$ 77.00	
		<input type="checkbox"/> 66 a 75	<input type="checkbox"/> \$ 47.00	<input type="checkbox"/> \$ 65.00	<input type="checkbox"/> \$103.00	<input type="checkbox"/> \$126.00	

*Las primas siempre serán basadas en la edad del Asegurado mayor y la Opción y Plan seleccionados.
Además, los Planes de "Pareja" y "Familiar" consideran si el otro Asegurado es menor, igual o mayor de 26 años.

	B) ADITAMENTOS OPCIONALES	PRIMAS MENSUALES ADICIONALES			PRIMA A PAGAR
		INDIVIDUAL	PAREJA 1 ó 2	FAMILIAR 1 ó 2	
	<div>1</div> Beneficio de Indemnización por Estancia en Hospital (debido a enfermedad o accidente)	<div><div><input type="checkbox"/> \$ 14.00 <input type="checkbox"/> \$ 25.25 <input type="checkbox"/> \$ 37.00 <input type="checkbox"/> \$ 48.50</div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> \$ 18.25 <input type="checkbox"/> \$ 33.00 <input type="checkbox"/> \$ 48.25 <input type="checkbox"/> \$ 68.25</div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> \$ 25.25 <input type="checkbox"/> \$ 45.50 <input type="checkbox"/> \$ 66.75 <input type="checkbox"/> \$ 87.50</div></div>	\$
	<div>2</div> Beneficio por Muerte Accidental, Desmembramiento y Otras Pérdidas Cubiertas	<div><div><input type="checkbox"/> \$ 9.50 <input type="checkbox"/> \$ 17.00 <input type="checkbox"/> \$ 24.50 <input type="checkbox"/> \$ 32.00</div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> \$ 11.75 <input type="checkbox"/> \$ 21.50 <input type="checkbox"/> \$ 31.25 <input type="checkbox"/> \$ 41.00</div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> \$ 16.50 <input type="checkbox"/> \$ 30.00 <input type="checkbox"/> \$ 43.50 <input type="checkbox"/> \$ 57.00</div></div>	
	<div>3</div> Beneficio de Pago Único por 1er Diagnóstico de Enfermedades Críticas	<div><div><input type="checkbox"/> \$ 13.75 <input type="checkbox"/> \$ 17.25 <input type="checkbox"/> \$ 20.75 <input type="checkbox"/> \$ 25.25</div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> \$ 17.75 <input type="checkbox"/> \$ 22.25 <input type="checkbox"/> \$ 27.00 <input type="checkbox"/> \$ 31.50</div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> \$ 24.50 <input type="checkbox"/> \$ 31.00 <input type="checkbox"/> \$ 37.25 <input type="checkbox"/> \$ 43.50</div></div>	\$
	<div>4</div> Beneficio de Trasplante de Órganos y otros	<div><div>\$ 5.50</div></div>	<div><div>\$ 7.00</div></div>	<div><div>\$ 9.75</div></div>	
	<div>5</div> Beneficio de Ampliación del Listado de Enfermedades Específicas	<div><div>\$ 8.00</div></div>	<div><div>\$ 10.00</div></div>	<div><div>\$ 14.00</div></div>	\$
	<div>6</div> Indemnización por 1er Diagnóstico de Cáncer Ampliado (Deberá llenar la Solicitud para el Aditamento)	<div><div>Plan_____ \$ _____</div></div>	<div><div>Plan_____ \$ _____</div></div>	<div><div>Plan_____ \$ _____</div></div>	
	<div>7</div> Otro(s): _____	<div><div>\$ _____</div></div>	<div><div>\$ _____</div></div>	<div><div>\$ _____</div></div>	\$

PARTE III - MODO DE PAGO

☐ Mensual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Anual

☐ Check-o-Matic ☐ Tarjeta de Crédito ☐ Descuento de nómina ☐ Otro:_____

ACEPTO pagar la prima total aquí indicada.
Firma: _____

\$

ML-50K-CDD-Sol. Rev. 6/18

@ sales@multinationalpr.com

f multinationalcompanypr

t SeguroTresponde

YouTube Multinational Insurance & Multinational Life

PARTE IV - INFORMACIÓN SOBRE EL PAGADOR					SALARIO MENSUAL	<input type="checkbox"/> NÚM. SEGURO SOCIAL	<input type="checkbox"/> NÚM. CÉDULA				
NOMBRE Y APELLIDOS					\$						
PARTE V - INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE O PAREJA (a ser cubierto bajo el plan)											
<input type="checkbox"/> CÓNYUGE (o Pareja Consensual)		<input type="checkbox"/> PAREJA: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a)									
NOMBRE Y APELLIDOS					<input type="checkbox"/> Núm. Seguro Social	<input type="checkbox"/> Núm. Cédula	Fecha Nac.	Peso	Estatura	Sexo	
							M / D / A	____ Lbs.	Pies____Plgs.____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
PARTE VI - INFORMACIÓN SOBRE HIJOS DEPENDIENTES A SER CUBIERTOS (SI ALGUNO) BAJO PLAN FAMILIAR											
Nombre y Apellidos		Fecha de Nac.	Sexo	Peso	Estatura	Nombre y Apellidos		Fecha de Nac.	Sexo	Peso	Estatura
		M / D / A	M F					M / D / A	M F		
		M / D / A	M F					M / D / A	M F		
		M / D / A	M F					M / D / A	M F		
Autorizo a _____ a obtener información sobre esta póliza en cualquier momento, una vez sea emitida.					<input type="checkbox"/> Núm. Seguro Social <input type="checkbox"/> Núm. Cédula		Firma del Asegurado: _____				
PARTE VII - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO											
Nombre		Relación			Nombre		Relación				
Esta Designación de Beneficiarios REVOKA cualquier otra anterior. El beneficiario del Cónyuge, de la pareja e hijos cubiertos (si alguno) es el Propuesto Asegurado mencionado en la Parte I de esta Solicitud.											
PARTE VIII - FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS										Sí	No
De haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas, circule la condición y provea la información:											
1. ¿Alguna vez usted o alguna de las personas a ser aseguradas bajo esta póliza ha(n) sido diagnosticada(s) con Cáncer o tumor maligno de cualquier clase; Anemia Drepanocítica, Aneurisma Cerebral, Apnea Obstructiva del Sueño, Chikungunya, Ciguatera, Culebrilla, Dengue Hemorrágico, Difteria, Distrofia Muscular, Encefalitis, Enfermedad de Addison, Enfermedad de los Legionarios, Enfermedad de Niemann-Pick, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Tay-Sachs, Enfermedad de Whipple, Esclerodermia, Esclerosis Amiotrófica Lateral (Enfermedad de Lou Gehrig), Esclerosis Múltiple, Fibromialgia, Fiebre de las Montañas Rocalosas, Fiebre Escarlatina, Fiebre Reumática, Fiebre Tifoidea, Gripe Aviar (H5N1) y mutaciones, Gripe Porcina (AH1N1) y mutaciones, Hepatitis C, Leptospirosis, Lupus Eritematoso, Malaria, Meningitis Bacteriana, Miastenia Grave, Necrosis Epidermal Tóxica, Osteomielitis, Poliomielitis, Polimiositis, Rabia; SIDA, el Complejo Relacionado al SIDA (ARC) o condiciones relacionadas con el SIDA; Síndrome de Guillain Barré, Síndrome de Raynaud, Síndrome de Reye, Síndrome de Sjogren, Síndrome de Shock Tóxico, Tétano, Tuberculosis, Tularemia, Viruela, Virus de la Influenza B y/o C, Virus de Ébola o Virus Zika?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Fecha de inicio:		Fecha de terminación:		Condición:					
Detalle:											
2. Durante los 15 meses previos a la fecha en que firmen la solicitud para la Póliza, usted o alguna de las personas a ser aseguradas bajo la póliza:											
a. ¿ha(n) presentado alguna sospecha o cualquier motivo por el cual deba(n) o debió (debieron) acudir a un Médico para la evaluación correspondiente o está(n) pendiente(s) de realizarse pruebas(s) de diagnóstico(s) o de buscar los resultados de las mismas o de entregarlos al Médico o a su Médico Tratante para su debida evaluación?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿está(n) o ha(n) estado pendiente(s) de realizarse un examen preventivo o de rutina debido a que ha(n) tenido resultados previos fuera de límites normales y/o su Médico Tratante ha observado y/o detectado algo que requiera una evaluación más profunda o exámenes más específicos para lograr un diagnóstico?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Fecha de inicio:		Fecha de terminación:		Condición:					
Detalle:											
3. En los últimos diez años, previos a la firma de la presente solicitud, ¿usted o alguna de la(s) persona(s) a ser asegurada(s) se le(s) ha(n) realizado trasplantes de órganos o se le(s) ha(n) diagnosticado, recomendado tratamiento o tratado de: alcoholismo, alta presión descontrolada, Alzheimer, Apoplejía o Derrame Cerebral, Arterioesclerosis, ataques isquémicos transitorios, Cáncer Metastático, Cirrosis Hepática, coágulos sanguíneos, Cuadriplejía Permanente, Diabetes Gestacional (mujeres), Diabetes Insípido, Diabetes Cetoacidótica, Enfermedad Crónica del Hígado, Enfermedad Obstructiva del Pulmón (COPD), Enfermedad Renal en Etapa Terminal, Escoliosis, Espina Bífida, Hepatitis-B Crónica, Hepatitis-C, Hígado Graso, Hiperplasia, Infarto Cardíaco, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, lesión cerebral, lesión en la Médula Espinal, Leucoplasia, Lupus Eritematoso Diseminado, Melanoma Benigno, Micosis Fungoide o lunares, Obesidad Mórbida, Pancreatitis Crónica, Policitemia, Síndrome Carcinóide, uso ilegal de drogas intravenosas; y si está(n) o ha(n) estado expuesto(s) en su trabajo a: asbesto, carcinógenos, metales pesados (plomo), químicos y/o radiaciones?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Fecha de inicio:		Fecha de terminación:		Condición:					
Detalle:											
4. ¿Sufre(n), padece(n) o ha(n) sido tratado(s) por alguna otra enfermedad, lesión, condición física o mental que no hayamos mencionado en las preguntas anteriores?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Fecha de inicio:		Fecha de terminación:		Condición:					
Detalle:											
5. ¿Utiliza(n) o ha(n) utilizado drogas o sustancias controladas prohibidas por ley o ha(n) sido arrestado(s) por consumo excesivo de alcohol, la posesión, venta, uso, tráfico, introducción de armas o sustancias controladas, prohibidas por ley, por cometer algún delito grave o ha(n) sido convicto(s)?										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Fecha de inicio:		Fecha de terminación:		Condición:					
Detalle:											
AUTORIZACIÓN											
AUTORIZO a cualquier médico licenciado, médico practicante, hospital, clínica, laboratorio, plan médico o plan de cuidado de salud, u otra institución médico-hospitalaria o de servicios médicos relacionados, compañía de seguros, MIB, patrono, ex-patrono, u otra organización, institución o persona que tenga o posea cualquier registro, documento, récord, informes de exámenes y/o estudios relacionados a mi historial o información de salud personal o conocimiento sobre mi persona, sobre mis hijos y o dependientes, a que divulguen la misma, la reproduzcan y entreguen exámenes, estudios y/o récords a Multinational Life Insurance Company o a sus reaseguradores para propósitos de evaluar esta solicitud de seguro o resolver una reclamación bajo una póliza; y testificar en cuanto a dicha información en toda la extensión permitida por Ley. Una fotocopia de esta autorización con mi firma será tan válida como la original. Además, CERTIFICO que he examinado cuidadosamente esta forma de autorización antes de haberla firmado y entiendo las consecuencias de autorizar el uso y/o divulgación de mí (nuestra) información médica y personal.											
AVISO ANTIFRAUDE											
Cualquier persona que a sabiendas y que 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 dólares (\$5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000), 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.											

CERTIFICO que toda la información aquí suministrada es cierta y completa a mi mejor saber y entender. Entiendo que esta Solicitud no obligará a la Compañía hasta ser aprobada por ésta y la prima pagada haya sido recibida en su Oficina Principal. El solicitante y el Representante Autorizado o Productor que firman más adelante certifican que el solicitante ha leído o se le leyó la Solicitud completa, y que entienden que cualquier declaración falsa o falsa representación, impostura, omisión o encubrimiento de hechos en este documento, si es material al riesgo, podrá resultar en la pérdida de cubierta con arreglo a esta póliza. Las declaraciones fraudulentas podrán ser utilizadas por la Compañía para rescindir el contrato o denegar una pérdida incurrida después de finalizar un período de dos (2) años a partir de la fecha de efectividad de la póliza, solamente si el acto u omisión de que se trate contribuyera a la pérdida incurrida por la cual se reclama. ACEPTO también que he recibido y leído la Autorización, Informes Investigativos del Consumidor y el Aviso Antifraude de esta Solicitud/Suplemento; y entiendo que las declaraciones fraudulentas podrían constituir violaciones criminales por lo que de surgir las mismas serían referidas a la Unidad Antifraude de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico.

ACEPTO (aceptamos) que es mi (nuestra) responsabilidad mantener mi (nuestra) información personal de contacto con la Compañía al día en todo momento.

Firmado en _____, hoy _____ de _____ de _____.
CiudadEstado

Firma del Propuesto Asegurado		Firma del Pagador de la Póliza	
¿Cómo desea el Asegurado que MULTINATIONAL LIFE INSURANCE le haga el envío de su Póliza?		Nombre del Representante Autorizado o Productor / Núm.	
<input type="checkbox"/> A través de su Representante Autorizado			
<input type="checkbox"/> Vía correo regular			
<input type="checkbox"/> En formato digital (vía correo electrónico)		Firma del Representante Autorizado o Productor	

1) LLENE LA INFORMACIÓN SOBRE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA. 2) FIRME LA AUTORIZACIÓN EN AMBAS PARTES.

CUENTA DE CHEQUE

CUENTA DE AHORRO

TARJETA DE CRÉDITO

Nombre del Depositante:
(Si es diferente al Asegurado)

Nombre del Asegurado:

Dirección del Depositante:

1

Institución Financiera:

Número de Ruta:

Número de Cuenta:

Tarjeta de Crédito:

Fecha Expiración:

Número de la Tarjeta de Crédito:

2

Institución Financiera:

Número de Ruta:

Número de Cuenta:

Tarjeta de Crédito:

Fecha Expiración:

Número de la Tarjeta de Crédito:

☐ NO tengo otro número de cuenta.

Por este medio AUTORIZO a que se comience a cobrar la prima y las primas opcionales a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY**, (en adelante “la Compañía”), el día ____ de _____ de 20____, fecha en que será efectiva la póliza, tomando en consideración los días de débito subsiguientes del 1 al 28 y conforme al plan de transacción preautorizada de la Compañía. Si al momento de la aprobación de mi póliza ya pasó la fecha de débito seleccionada por mi, entonces la póliza será efectiva el mismo día del próximo mes. Comprendo que la Compañía iniciará las transferencias de fondos en mi cuenta, de forma electrónica, por cheque o giro, para el pago de las primas y las primas opcionales, sujeto a las condiciones que se establecen más adelante.

En la eventualidad de que exista un error en el cómputo de las primas por parte del Representante Autorizado o Productor, o de la Compañía aceptar el riesgo con tarifa subnormal, la Compañía me notificará al respecto para mi aprobación correspondiente.

La Compañía podrá variar la cantidad de la transacción preautorizada, mediante notificación previa, hasta un máximo de \$50 mensuales para mantener esta póliza en vigor de acuerdo con sus términos cuando: (1) en la eventualidad de que yo seleccione añadir o eliminar algún aditamento posterior a la emisión de la póliza, por lo que podría conllevar algún ajuste en la prima; o (2) cuando yo opte por una renovación del plan seleccionado.

Condiciones: Las transacciones se aplicarán para pagar las primas y primas opcionales sobre la póliza. No se considerará que se ha recibido por la Compañía un pago hasta que el cheque o giro presentado o transferencia electrónica haya sido honrado.

Esta autorización puede ser terminada: 1) por la Compañía si algún cheque, giro o transferencia no se paga al ser presentado; o 2) por la Compañía, de ésta no haber recibido el pago correspondiente una vez finalizado el Período de Gracia; o 3) por el Asegurado, luego de éste haberlo notificado por escrito. Entiendo que soy responsable de verificar que la Institución Bancaria y/o Financiera esté honrando los pagos que la Compañía debite a mi cuenta y que, de no efectuarse el mismo y finalizara el Período de Gracia, la póliza entrará automáticamente en caducidad.

Por este medio AUTORIZO a la institución bancaria o financiera aquí especificada a pagar las primas a la Compañía. Esta autorización no modificará ni alterará las otras disposiciones de la póliza.

Fecha:

Firma del Depositante:

Multinational

Life Insurance Company
and its Affiliates

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA

-DUPLICADO-

PÓLIZA

MASTER50k

CLAVE ESPECÍFICA NÚM. 16

Nombre del Empleado

Seguro Social Núm.

Ocupación

Empleado Núm.

Tel.

Patrono

Dirección

División

AUTORIZO a mi patrono a deducir de mis ingresos la cantidad de \$_____ mensuales para el programa de seguro comprado a través de **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY**, PO Box 366107, San Juan, PR 00936-6107. Esta autorización invalida cualquier otra dada y firmada con anterioridad para este propósito.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Representante Autorizado

Núm.

Multinational

Life Insurance Company
and its Affiliates

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA

-ORIGINAL-

PÓLIZA

MASTER50k

CLAVE ESPECÍFICA NÚM. 16

Nombre del Empleado

Seguro Social Núm.

Ocupación

Empleado Núm.

Tel.

Patrono

Dirección

División

AUTORIZO a mi patrono a deducir de mis ingresos la cantidad de \$_____ mensuales para el programa de seguro comprado a través de **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY**, PO Box 366107, San Juan, PR 00936-6107. Esta autorización invalida cualquier otra dada y firmada con anterioridad para este propósito.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Representante Autorizado

Núm.

ML-50K-CDD-Sol. Rev. 6/18

- MENSAJE IMPORTANTE PARA PERSONAS CON MEDICARE -

Este Seguro Duplica Algunos Beneficios de Medicare. Esto no es un seguro Complementario a Medicare.

Este seguro paga reembolso limitado por gastos si usted cumple con las condiciones enumeradas en la póliza. También paga una cantidad fija, sin importar sus gastos, si usted cumple con otras condiciones de la póliza. No paga sus deducibles o coaseguros de Medicare y no es un sustituto para seguro complementario a Medicare.

Este seguro duplica beneficios de Medicare cuando:

- Algunos gastos o servicios cubiertos por la póliza son también cubiertos por Medicare; o
- Paga la cantidad fija en dólares establecida en la póliza y Medicare cubre el mismo evento.

Medicare paga generalmente por la mayoría o todos estos gastos. Medicare paga beneficios extendidos para servicios médicamente necesarios sin importar la razón por la cual usted los necesita. Estos incluyen:

- Hospitalización
- Servicios médicos
- Cuidado en hospicio
- Otras partidas y servicios aprobados

Antes que Usted Compre este Seguro:

- Coteje la cubierta en todas las pólizas de seguros de salud que usted ya tenga.
- Para más información sobre Medicare y el seguro complementario a Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare disponible a través de la compañía de seguros.
- Para recibir asistencia en la comprensión de su seguro de salud, póngase en contacto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o con un programa gubernamental de orientación de seguros para personas de edad avanzada.

AVISO IMPORTANTE

El procedimiento de suscripción (evaluación y clasificación de riesgos) es necesario para asegurar el costo razonable de seguro y proveer un mecanismo mediante el cual los asegurados paguen su parte justa del costo. Al considerar su solicitud se considera información de varias fuentes, incluso sus propias declaraciones, los resultados de su examen físico (si se requiere) y cualquier informe que obtengamos de doctores o instituciones médicas donde usted ha sido atendido. La información relacionada con su asegurabilidad se tratará confidencialmente. Sin embargo, Multinational Life Insurance Company o sus reaseguradores, podrán ofrecer un breve informe sobre su asegurabilidad al Negociado de Información Médica (MIB), una organización sin fines de lucro cuyos miembros son compañías de seguros de vida, que opera mediante un intercambio de información a nombre de sus miembros. Si usted solicita una cubierta de seguro de vida, incapacidad o salud a otra compañía miembro del Negociado, o si se somete una reclamación por beneficios a dicha compañía, el Negociado proveerá a ésta, al solicitarlo, la información que tenga en sus archivos. Al recibir una petición suya, el Negociado hará los arreglos para mostrarle cualquier información que tenga en el expediente con relación a usted. Si usted cuestiona la exactitud de la información en el expediente del Negociado, puede contactar al Negociado y procurar que se corrija la información de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informe de Crédito Justo (Fair Credit Reporting Act). Usted puede llamar libre de costos al 866-692-6901 o acceder www.mib.com. **Multinational Life Insurance Company**, o sus reaseguradores, también puede facilitar información de sus archivos a otras compañías de seguro de vida a las que usted solicite un seguro de vida, incapacidad o salud, o a las que se someta una reclamación por beneficios.

INFORMES INVESTIGATIVOS DEL CONSUMIDOR

Conforme con la Ley Pública Federal Núm. 91-508, se nos requiere que informemos a las personas propuestas para seguro que, como parte de nuestro procedimiento regular de suscripción, se podrá obtener un informe investigativo de consumidor que proveerá la información aplicable en relación con el carácter, reputación general, características personales y modo de vida. Esta información se obtendrá a través de entrevistas personales con sus amigos, vecinos y asociados. Al solicitárselo por escrito al Jefe del Departamento de Suscripción de la dirección señalada en esta Solicitud, se proveerá información adicional sobre la naturaleza y alcance del Informe.

AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y que 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 dólares (\$5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000), 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.

Plan de Protección Contra Cáncer y Enfermedades Específicas
con Aditamentos de Beneficios Opcionales

Programa Suscrito por:

PÓLIZA
MASTER50k[®]



470 Ave. Ponce de León, San Juan PR 00918 • P.O. Box 366107, San Juan P.R. 00936-6107
Tel. (787) 758-8080 • Fax: (787) 758-7954 • www.multinationalpr.com

AVISO IMPORTANTE

El procedimiento de suscripción (evaluación y clasificación de riesgos) es necesario para asegurar el costo razonable de seguro y proveer un mecanismo mediante el cual los asegurados paguen su parte justa del costo. Al considerar su solicitud se considera información de varias fuentes, incluso sus propias declaraciones, los resultados de su examen físico (si se requiere) y cualquier informe que obtengamos de doctores o instituciones médicas donde usted ha sido atendido. La información relacionada con su asegurabilidad se tratará confidencialmente. Sin embargo, Multinational Life Insurance Company o sus reaseguradores, podrán ofrecer un breve informe sobre su asegurabilidad a MIB, LLC (anteriormente conocido como Negociado de Información Médica) la cual opera mediante un intercambio de información a nombre de las compañías aseguradoras que son miembros del MIB Group, Inc. Si usted solicita una cubierta de seguro de vida, incapacidad o salud a otra compañía miembro del MIB, o si se somete una reclamación por beneficios a dicha compañía, el MIB proveerá a esta, al solicitarlo, la información que tenga en sus archivos.

Al recibir una petición suya, el MIB hará los arreglos para mostrarle cualquier información que tenga en el expediente con relación a usted. Si usted cuestiona la exactitud de la información en el expediente del MIB, puede contactar al MIB y procurar que se corrija la información de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informe de Crédito Justo (Fair Credit Reporting Act) Usted puede obtener información acerca de su MIB llamando libre de costos al 866-692-6901 o a través de su página web acceder www.mib.com La dirección de la oficina de información de MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a cualquier médico licenciado, practicante médico, hospital, clínica, laboratorio, plan médico o plan de cuidado de salud, u otra institución médico hospitalaria o de servicios médicos relacionados, compañía de seguros, MIB, LLC, patrono, ex patrono, u otra organización, institución o persona que tenga o posea cualquier registro, documento, récord, informes de exámenes y/o estudios relacionados a mi historial o información de salud personal o conocimiento sobre mi persona, a que divulgue información médica o personal, la reproduzca y entregue exámenes, estudios, récords a Multinational Life Insurance Company o a sus reaseguradores para propósitos de evaluar esta solicitud de seguro o resolver una reclamación bajo una póliza y testificar en cuanto a dicha información en toda la extensión permitida por Ley.

Autorizo a Multinational Life Insurance Company, sus reaseguradores, y/o administrador autorizado de terceros a efectuar un breve informe sobre mi información personal de salud o información personal protegida a MIB, LLC y otras compañías de seguro de vida a las que solicite un seguro de vida, incapacidad o salud, o a las que se someta una reclamación por beneficios.

Certifico que he examinado cuidadosamente esta forma de autorización antes de haberla firmado y entiendo las consecuencias de autorizar el uso y/o divulgación de mi (nuestra) información médica y personal. Una fotocopia de esta autorización con mi firma es tan válida como la original.

Firma Asegurado Principal

Fecha

Firma del Otro Asegurado

Fecha