

SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA SOLICITUD DE REHABILITACIÓN

Número de Póliza	Asegurado	Ocupación		
1. Desde la fecha de emisión de la Póliza arriba mencionada, el Asegurado:				
	SI NO	SI NO		
a. ¿Ha sufrido de desorden mental o físico?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	i. ¿Ha usado otros productos derivados del tabaco?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j. ¿Ha usado algún narcótico sin receta médica?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	k. Aparte de volar como pasajero en una aerolínea, ¿piensa hacer otro tipo de vuelo?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d. ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	l. ¿Ha sido su solicitud de salud, o vida 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"/>	
e. ¿Ha sido dado de baja del servicio militar por razones médicas?...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	m. ¿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"/>	
f. ¿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"/>	n. ¿Ha servido o intenta servir en las Fuerzas Armadas o en la Reserva Militar?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
g. ¿Ha sido suspendida o revocada su licencia de conductor?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
h. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos doce (12) meses?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2. DETALLE SUS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS 1(a) A LA 1(n)				
No.	Nombre	Enfermedad o Lesión	Fecha	Detalles, Médicos, Hospitales, Direcciones

A MI LEAL SABER Y ENTENDER, las declaraciones hechas en esta solicitud son completas y verdaderas. Se acuerda que: 1) BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. puede solicitar evidencia adicional de asegurabilidad; 2) el hecho de que BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A 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 la Póliza, si se rehabilitase y mientras su asegurabilidad quede como se describe en esta solicitud, la póliza no será rehabilitada hasta que BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. haya: (a) recibido todas las sumas requeridas y (b) aprobado la solicitud; 4) lo que sea del conocimiento de la agencia / agente asesor productor de seguros, o del médico examinador no es del conocimiento de BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. 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 (2) años después que se apruebe esta solicitud, la rehabilitación de la Póliza será declarada nula por la Compañía; 6) si dentro del período 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 LA OFICINA DE INFORMACION MEDICA (EN ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA), 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, Oficina de Información Médica (en Estados Unidos de Norte América), 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 la Póliza, para que suministre dicha información BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. o a excepción de la Oficina de Información Médica (en Estados Unidos de Norte América), a los representantes legales de BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A.

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 _____

INSTRUCCIONES:

Firmado en _____

- A. Indique la fecha y el lugar donde fue firmada.
 B. TESTIGO: El representante de BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. atestiguará la firma si es que está presente. Si no fuera así el testigo no será requerido a menos que la persona

El día _____ de _____ de 20 _____

(a) firme con una X o (b) sea ciega.

(AGENCIA / AGENTE ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS: DESPRENDA LAS NOTIFICACIONES Y ENTREGUE AL ASEGURADO)

NOTIFICACIÓN DEL REPORTE DE INVESTIGACION SOBRE EL CONSUMIDOR (A SER SOLICITADO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA)

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.

NOTIFICACIÓN DE LA OFICINA DE INFORMACION MEDICA (EN ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA)

La información con respecto a su asegurabilidad será confidencial. Sin embargo, BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. y o sus reaseguradores pueden presentar un breve informe a la Oficina de Información Médica (en Estados Unidos de Norte América). La Oficina de Información Médica (en Estados Unidos de Norte América) 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 presenta una reclamación a otra compañía miembro, la Oficina de Información Médica (en Estados Unidos de Norte América) suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente, de así solicitársela.

Usted puede solicitar a la Oficina que le revele toda la información contenida en su expediente. Usted también puede solicitar a la Oficina que corrija cualquier información contenida en su expediente que usted considere incorrecta. Los pasos a seguir se estipulan en la ley "Fair Credit Reporting Act"

(Informe de Crédito Justo). La dirección de la Oficina de Información Médica es: 160 University Avenue, Westwood, MA 02090. Teléfono (781) 329-4500.

BMI del Ecuador Compañía de Seguros de Vida S.A. o sus reaseguradores pueden revelar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguro a las cuales usted solicite una cobertura o presente una reclamación de beneficios.