

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	<input type="checkbox"/> ENE <input type="checkbox"/> FEB <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> MAY <input type="checkbox"/> JUN <input type="checkbox"/> JUL <input type="checkbox"/> AGO <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> NOV <input type="checkbox"/> DIC	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD AÑOS	LUGAR DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> NÚM. SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> NÚM. CÉDULA
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PESO Lbs.	ESTATURA Pies /Plgs.	NÚM. IDENTIFICACIÓN		<input type="checkbox"/> LIC. <input type="checkbox"/> OTRA	CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN POSTAL						
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		URB., CALLE & NÚM.	CIUDAD	ESTADO	ZIP CODE	TELÉFONOS CEL. RES. OFIC.
PATRONO				OCUPACIÓN		SALARIO MENSUAL \$
¿Está usted intercambiando una póliza existente de Cáncer de Multinational Life Insurance Company ? <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> 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
	DESCRIPCIÓN	INDIVIDUAL	PAREJA 1 ó 2	FAMILIAR 1 ó 2	
1	Beneficio de Indemnización por Estancia en Hospital (debido a enfermedad o accidente)	<input type="checkbox"/> A \$ 14.00 <input type="checkbox"/> B \$ 25.25 <input type="checkbox"/> C \$ 37.00 <input type="checkbox"/> D \$ 48.50	<input type="checkbox"/> A \$ 18.25 <input type="checkbox"/> B \$ 33.00 <input type="checkbox"/> C \$ 48.25 <input type="checkbox"/> D \$ 68.25	<input type="checkbox"/> A \$ 25.25 <input type="checkbox"/> B \$ 45.50 <input type="checkbox"/> C \$ 66.75 <input type="checkbox"/> D \$ 87.50	\$
2	Beneficio por Muerte Accidental, Desmembramiento y Otras Pérdidas Cubiertas	<input type="checkbox"/> A \$ 9.50 <input type="checkbox"/> B \$ 17.00 <input type="checkbox"/> C \$ 24.50 <input type="checkbox"/> D \$ 32.00	<input type="checkbox"/> A \$ 11.75 <input type="checkbox"/> B \$ 21.50 <input type="checkbox"/> C \$ 31.25 <input type="checkbox"/> D \$ 41.00	<input type="checkbox"/> A \$ 16.50 <input type="checkbox"/> B \$ 30.00 <input type="checkbox"/> C \$ 43.50 <input type="checkbox"/> D \$ 57.00	\$
3	Beneficio de Pago Único por 1er Diagnóstico de Enfermedades Críticas	<input type="checkbox"/> A \$ 13.75 <input type="checkbox"/> B \$ 17.25 <input type="checkbox"/> C \$ 20.75 <input type="checkbox"/> D \$ 25.25	<input type="checkbox"/> A \$ 17.75 <input type="checkbox"/> B \$ 22.25 <input type="checkbox"/> C \$ 27.00 <input type="checkbox"/> D \$ 31.50	<input type="checkbox"/> A \$ 24.50 <input type="checkbox"/> B \$ 31.00 <input type="checkbox"/> C \$ 37.25 <input type="checkbox"/> D \$ 43.50	\$
4	Beneficio de Trasplante de Órganos y otros	\$ 5.50	\$ 7.00	\$ 9.75	\$
5	Beneficio de Ampliación del Listado de Enfermedades Específicas	\$ 8.00	\$ 10.00	\$ 14.00	\$
6	Indemnización por 1er Diagnóstico de Cáncer Ampliado (Deberá llenar la Solicitud para el Aditamento)	Plan _____ \$ _____	Plan _____ \$ _____	Plan _____ \$ _____	\$
7	Otro(s): _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$

PARTE III - MODO DE PAGO

<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Check-o-Matic	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	ACEPTO pagar la prima total aquí indicada.	\$
<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Descuento de nómina	Otro: _____	Firma: _____	

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. Núm. Seguro Social Núm. Cédula Firma del Asegurado: _____

PARTE VII - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO			
Nombre	Relación	Nombre	Relación

Esta Designación de Beneficiarios REVOCA 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

De haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas, circule la condición y provea la información:		Sí	No
<p>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 Rocallosas, 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 Epidérmica Tóxica, Osteomielitis, Poliomiélitis, 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?</p> <p>Nombre: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____ Condición: _____</p> <p>Detalle: _____</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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:</p> <p>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?</p> <p>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?</p> <p>Nombre: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____ Condición: _____</p> <p>Detalle: _____</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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, Cuadruplejía Permanente, Diabetes Gestacional (mujeres), Diabetes Insipidus, 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?</p> <p>Nombre: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____ Condición: _____</p> <p>Detalle: _____</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. ¿Sufr(e), 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?</p> <p>Nombre: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____ Condición: _____</p> <p>Detalle: _____</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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)?</p> <p>Nombre: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____ Condición: _____</p> <p>Detalle: _____</p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 _____.

Ciudad Estado

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? **A través de su Representante Autorizado**

Vía correo regular **En formato digital (vía correo electrónico)**

Nombre del Representante Autorizado o Productor / Núm.

ML-50K-CDD-Sol. Rev. 6/18 **A través de su Representante Autorizado** **Vía correo regular** **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: _____

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA A TRAVÉS DE DESCUENTO DE NÓMINA

Multinational **AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA** **-DUPLICADO-** **PÓLIZA MASTER50k**
Life Insurance Company CLAVE ESPECÍFICA NÚM. 16

Nombre del Empleado _____ Patrono _____
 Seguro Social Núm. _____ Empleado Núm. _____ Dirección _____
 Ocupación _____ Tel. _____ 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. _____

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA A TRAVÉS DE DESCUENTO DE NÓMINA

Multinational **AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA** **-ORIGINAL-** **PÓLIZA MASTER50k**
Life Insurance Company CLAVE ESPECÍFICA NÚM. 16

Nombre del Empleado _____ Patrono _____
 Seguro Social Núm. _____ Empleado Núm. _____ Dirección _____
 Ocupación _____ Tel. _____ 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. _____

- 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[®]


Multinational
Life Insurance Company
— Seguro te Responde —

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