

PARTE V					PARTE VI	
INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE E HIJOS A SER CUBIERTOS (SI ALGUNO)					DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO	
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO Mes / Día / Año	SEXO	PESO	ESTATURA	NOMBRE	RELACIÓN
CÓNYUGE:						
HIJOS DEPENDIENTES:						
<p>CERTIFICO que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 en su Oficina Principal y la prima haya sido pagada. CERTIFICO, además, que ni yo ni ningún miembro de mi familia a ser cubierto bajo la póliza de Cáncer y Enfermedades Específicas tenemos pendiente realizamos exámenes de diagnósticos, ni recoger y/o entregar resultado alguno para determinar diagnósticos relacionados con Cáncer ni las enfermedades específicas incluidas en esta cubierta de seguros _____ (nombre completo) ha/he tenido cáncer, pero no ha recibido recomendación médica, ni tratamiento por cáncer, ni ha/he tenido recurrencia, ni metástasis, ni se le/me ha diagnosticado(a) otro tipo de cáncer, por lo pasados diez (10) años anteriores a la fecha de esta solicitud. Que el Asegurado Principal, o su cónyuge, o cualquier miembro de su núcleo familiar, no han sido diagnosticados, ni tratados, ni están en tratamiento por una condición o ataque al corazón, en caso de elegir un endoso Opcional con beneficios de Cirugía Cardiovascular, Periferovascular y Enfermedades del Corazón, o Cuidado Intensivo. Ni el Asegurado Principal, ni ningún miembro de su núcleo familiar a ser Asegurado, nunca se les ha realizado trasplante de órganos, ni se nos ha diagnosticado, recomendado tratamiento o tratado ninguna condición del sistema cardiovascular o renal, Pulmonía, Hepatitis, Diabetes, condición del Sistema Respiratorio, enfisema, nefritis, piedras en los riñones, calculo renal, tuberculosis, pleuresía, asma, bronquitis fibrosis cística, epilepsia, o alguna otra condición del páncreas, corazón, riñones, pulmones o sistema digestivo, para el beneficio Opcional de Trasplante de Órganos. Ni usa(n) o abusa(n), o ha(n) usado o abusado de drogas, o ha(n) resultado positivo al, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo relacionado al SIDA (ARC) o condiciones relacionadas con el SIDA. Además, CERTIFICO que ninguna de las personas a ser aseguradas bajo la póliza ha sido arrestada por posesión, uso, tráfico, introducción de drogas o sustancias controladas prohibidas por la Ley, posesión ilegal de armas de fuego o algún delito grave, si ha sido convicta ni está bajo fianza en espera de juicio, ni está en libertad con grillete electrónico; ni ha usado ni usa actualmente sustancias controladas como cocaína, marihuana, anfetamina, o alguna otra sustancia narcótica, estimulante, sedativa, alucinógena o alguna droga ilegal o sustancia controlada no recetada a ella(él) por un médico con licencia para suscribir o recetar. El solicitante y Representante Autorizado o Productor que firman más adelante certifican que el solicitante ha leído o se leyó la Solicitud completa. <p>Autorizo, además, a cualquier médico licenciado, practicante médico, hospital, clínica, laboratorio, plan médico o plan de cuidado de salud, u otra institución médico hospitalarias o de servicios médicos relacionados, compañía de seguros, Negociado de Información Médica (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, a que divulgue información médica o personal la reproduzca y entregue exámenes, estudios, récords a USIC 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 mi (nuestra) información médica y personal. ACEPTO también que he recibido y leído la notificación del Aviso Antifraude, la notificación de Informes Investigativos del Consumidor y el Aviso Importante de esta Solicitud.</p>						
AVISO ANTIFRAUDE						
<p>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.</p>						

Firmado en _____, hoy _____ de _____ de _____.
 Ciudad Estado

CERTIFICO que hice todas las preguntas al Asegurado y que he registrado correctamente todas las contestaciones suministradas a mí. Además, certifico que he anotado en esta solicitud veraz y correctamente la información suministrada por el Asegurado.

De ser emitida la póliza, favor:

enviarla por correo a la dirección postal del asegurado

otro: _____

 Firma del Representante Autorizado o Productor

 Núm.

 Firma del Asegurado

 Firma del Pagador de la Póliza



USIC Life Insurance Company
ANEJO (2) FORMULARIO - TRANSACCIÓN PREAUTORIZADA

CUENTA DE CHEQUE

CUENTA DE AHORRO

TARJETA DE CRÉDITO

Llene la información sobre la institución financiera, firme la autorización en ambas partes.

Nombre del Depositante: _____ Día de débito, Favor indicar día del 1 al 28: _____ (De no indicar será igual a la fecha de efectividad de la póliza)

Nombre del Asegurado: _____ Número de Póliza: _____

Dirección del Depositante: _____

Institución Financiera: _____ Sucursal: _____

Núm. de Cuenta del Banco: _____ Ruta y Tránsito: _____

Tarjeta de Crédito: _____

(VISA, MASTERCARD) **CÓDIGO DE VALIDACIÓN** **NÚMERO DE TARJETA** **FECHA DE EXPIRACIÓN**

(Al dorso de la Tarjeta) Mes Año

Solicito la opción de pagar las primas a **USIC Life Insurance Company** de ahora en adelante "**USIC Life**", conforme al plan de transacción preautorizada de **USIC Life**. Comprende que **USIC Life** iniciará las transferencias de fondos en mi cuenta, de forma electrónica o por cheque o giro, para el pago de las primas, sujeto a las condiciones que se establecen más adelante. Autorizo a **USIC Life** a variar la cantidad de la transferencia, sin que medie una notificación, hasta un máximo de \$50.00 por plan para mantener la póliza en vigor de acuerdo con sus términos. También autorizo a **USIC Life** a aumentar la cantidad de la transferencia programada si es más de \$50.00, cuando así lo solicite por escrito.

Condiciones: Las transacciones preautorizadas se aplicarán para pagar primas de la póliza o las pólizas. No se considerará que se ha hecho un pago hasta que **USIC Life** reciba el pago por el cheque, giro presentado o transferencia electrónica.

Este plan puede ser terminado por **USIC Life** si algún cheque o giro no se paga al ser presentado, o por **USIC Life** o por el tenedor de póliza, después de haber transcurrido (30) días luego de haberlo notificado por escrito. Las transferencias para pagar el préstamo terminarán al pagar por completo todos los préstamos y cualquier interés vencido en la póliza o las pólizas para las que se ha autorizado dicho pago. Este plan no modificará ni alterará las otras disposiciones de la póliza o las pólizas.

AUTORIZACIÓN PARA HONRAR LAS TRANSACCIONES PREAUTORIZADAS

Para mi conveniencia, favor de honrar las transferencias electrónicas de fondos, los cheques y giros efectuados contra mi cuenta por **USIC Life**, siempre y cuando haya suficientes fondos en mi cuenta para pagarlos a su presentación. Acepto que sus derechos en cada cheque o giro de éstos, serán los mismos que si fuera un cheque girado a su favor y personalmente firmado por mí. Esta autorización continuará en vigor hasta que yo la revoque por escrito y **USIC Life** en efecto reciba una notificación al respecto. Acepto que usted estará protegido totalmente al honrar cualquier transferencia electrónica de fondos, cheque o giro antes descrito. También acepto que si no se honra dicha transferencia electrónica de fondos, cheque o giro, sea con razón o sin ésta, y de forma intencional o inadvertida, usted no tendrá responsabilidad alguna aún cuando el no haberse honrado el pago pueda tener como resultado la caducidad del seguro.

SE TIENE QUE ACOMPAÑAR EVIDENCIA DE LA CUENTA CON LA AUTORIZACIÓN.

Fecha _____ Firma _____

USIC Life Insurance Company	AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA	<i>DUPLICADO</i>	CLAVE ESPECÍFICA #___
------------------------------------	---	------------------	--------------------------

NOMBRE DEL EMPLEADO PATRONO DIVISIÓN

NÚM. DE EMPLEADO NÚM. SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN TELÉFONO

OCUPACIÓN

Autorizo a mi patrono a deducir de mis ingresos la cantidad de \$_____ mensuales, para el programa de seguro comprado a través de **USIC LIFE INSURANCE COMPANY**, PO Box 2111 San Juan PR 00922-2111. Esta autorización invalida cualquier otra dada y firmada con anterioridad para este propósito.

FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA

FIRMA DEL PRODUCTOR FECHA

USIC Life Insurance Company	AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE PAGO DE PRIMA	<i>ORIGINAL</i>	CLAVE ESPECÍFICA #___
------------------------------------	---	-----------------	--------------------------

NOMBRE DEL EMPLEADO PATRONO DIVISIÓN

NÚM. DE EMPLEADO NÚM. SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN TELÉFONO

OCUPACIÓN

Autorizo a mi patrono a deducir de mis ingresos la cantidad de \$_____ mensuales, para el programa de seguro comprado a través de **USIC LIFE INSURANCE COMPANY**, PO Box 2111 San Juan PR 00922-2111. Esta autorización invalida cualquier otra dada y firmada con anterioridad para este propósito.

FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA

FIRMA DEL PRODUCTOR FECHA