

SOLICITUD DE REHABILITACION DE POLIZA DE SALUD Y DE INCAPACIDAD

Póliza No.: _____ **Asegurado:** _____

Solicito rehabilitar la póliza antes mencionada, para lo cual contesto las siguientes preguntas:

Desde la fecha de efectividad de la póliza de referencia:

Asegurado		Otros miembros de la familia	
SI	NO	SI	NO

1.- ¿Ha consultado o ha sido tratado por un doctor o ha tenido algún impedimento? (Físico, mental, enfermedad, operación o lesión). Explique: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.- ¿Ha tenido cambio en su peso? (Si es así, indique la causa y el peso actual). Pase por alto el crecimiento normal de la niñez. Explique: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

MUJER:

- a) ¿Está embarazada?
- b) ¿Ha tenido alguna complicación en el embarazo?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el período que la póliza de referencia ha estado caducada, ¿ha consultado o ha sido tratado por un doctor o ha tenido algún impedimento (físico, enfermedad, operación, afecciones mentales, lesión)? Explique: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Conteste solo si se trata de una póliza de incapacidad:

¿Cambio de ocupación? Si la respuesta es afirmativa, indique la ocupación, tipo de industria y actividad. _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Ha practicado o piensa participar en aviación, deportes, oficios o pasatiempo peligroso? Explique: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La rehabilitación de la póliza se basa en las declaraciones hechas en ésta y en las de la solicitud original adjunta a la póliza de referencia. Ambas declaraciones y cualquier otra anterior formarán parte de este contrato de seguro el cual será rehabilitado sujeto a la aprobación de la aseguradora y al pago de prima con intereses de acuerdo a los requisitos de la compañía. La aseguradora se reserva el derecho de asegurar aquellas personas que considere ser buen riesgo de salud. Cualquier falsedad en las respuestas a preguntas hechas, con intento de engañar, o que afecten la evaluación y aceptación del riesgo del asegurado, puede resultar en la negación de la rehabilitación, la declinación de un reclamo o la cancelación de la póliza. Si la rehabilitación de esta póliza no es aprobada, cualquier cantidad pagada será reembolsada y todos los recibos serán anulados. La póliza que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de rehabilitación, enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de 10 días de la fecha de rehabilitación o embarazos en los cuales el parto ocurra no menos de 10 meses después de la fecha de rehabilitación.

Esta solicitud (o una fotocopia), autoriza a un doctor con licencia, practicante médico, hospital, clínica, o cualquier otra institución médica, compañía de seguros u organización, institución o persona que tenga conocimiento de mi (nuestra) salud, o expedientes míos (nuestros), a dar información pertinente a Best Meridian International Insurance Company SPC.

Firma del asegurado

Fecha

Firma del agente

Código del agente

BMI COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Carrera 11 No. 84 - 09, Oficina 903 Bogotá, Colombia. contactenos@bmicos.com - WEB: www.bmicol.com.co Línea de Servicio al Cliente: 01 800 097 8625

Defensoría del consumidor financiero: Dra. Ana María Giraldo Rincón (defensor principal) / Dr. José Federico Ustáriz (defensor suplente). Cra. 11A No. 96-51 Oficina 203,

Bogotá D.C., teléfono 6108161 - correo electrónico: defensoriabmi@legalcrc.com