



SOLICITUD DE REHABILITACION DE POLIZA DE SALUD

Póliza No.: _____ Asegurado: _____

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

Desde la fecha de efectividad de la póliza de referencia:

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

Asegurado		Otros miembros de la familia	
-----------	--	------------------------------	--

SI	NO	SI	NO
<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿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 BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.

Firma del asegurado

Fecha

Firma del agente

Código del agente

**NOTIFICACION REFERENTE A MIB, INC.
(Debe entregarse al asegurado)**

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante, nosotros o nuestros reaseguradores podemos presentar un breve informe a MIB, Inc. MIB, Inc. 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 salud, o si radica una reclamación a otra compañía miembro, MIB suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente de así solicitarse. Nosotros o nuestros reaseguradores también podemos suministrar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguros de vida a las cuales usted solicite cobertura o radique una reclamación de beneficios. Usted puede solicitar que MIB revele cualquier información que puede tener en su expediente. Usted también puede solicitar que MIB, Inc. corrija cualquier información contenida en su expediente que usted considere incorrecta. Los pasos a seguir se estipulan en la ley "Fair Credit Report Act" (Decreto de Informe de Crédito Justo). La dirección de MIB, Inc. es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734. Teléfono (781) 751-6000.