



## Seguro de Incapacidad de 30 Meses con Opcion de Valor Acumulado

Suscrito por AMFIRST LIFE INSURANCE COMPANY, I.I.

AmFirst Life Insurance Company, I.I. pagará los beneficios de acuerdo con los términos de esta póliza.

**NOTA IMPORTANTE SOBRE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD.** Por favor, lea la copia de la solicitud que forma parte de esta póliza. Revise si se ha omitido algún antecedente médico. Escriba al Administrador dentro del plazo de diez (10) días si alguna información es incorrecta o incompleta. La póliza se emite sobre la base de que las respuestas a todas las preguntas son correctas y completas. Cualquier omisión o declaración incorrecta podría ocasionar que la Compañía niegue los beneficios, no apruebe, o enmiende o rescinda la cobertura del Asegurado.

### RENOVABLE HASTA LOS 68 AÑOS DE EDAD

**LEA ATENTAMENTE ESTA PÓLIZA.** Esta póliza es un contrato legal entre el Asegurado y AmFirst Life Insurance Company, I.I.

**DERECHO A EXAMINAR LA PÓLIZA.** Si, por cualquier razón, no está satisfecho con la póliza, usted puede devolverla al Administrador en el plazo de diez (10) días después de haberla recibido. Debe devolverla por correo al Administrador, o bien al agente que se la vendió. El Administrador le reembolsará cualquier prima pagada, y la póliza se considerará nula, como si no hubiera sido emitida.

Firmado por nosotros en AmFirst Life Insurance Company, I.I.

David R. White  
Presidente

Richard L. Eaton  
Secretario

## Contenido

DEFINICIONES .....	4
BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD (Registrados en el Programa de Cobertura) .....	7
EXCLUSIONES .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
DISPOSICIONES SOBRE PRIMAS Y RENOVACIÓN.....	8
DISPOSICIONES SOBRE RECLAMACIONES.....	9
DISPOSICIONES GENERALES .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
CONDICIONES GENERALES .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE/ACCIDENTAL** significa cualquier evento repentino e imprevisto que ocurra durante el período de vigencia de la póliza y resulte en Lesión del Asegurado, independientemente de enfermedad o deterioro corporal; cuya causa o una de sus causas sea ajena al propio cuerpo del Asegurado; que ocurra sin que el Asegurado pueda controlarla, y que ocasione la Incapacidad Total del Asegurado dentro de los 365 días de su ocurrencia, independientemente de cualquier otra causa.
2. **DISPOSICIÓN SOBRE ACTIVIDAD** significa que el Asegurado es capaz de realizar todas las funciones fundamentales de su ocupación en la Fecha de Entrada en Vigencia de la cobertura. Si el Asegurado no cumple con la Disposición sobre Actividad, la cobertura no se hará efectiva hasta que el Asegurado pueda realizar todas las funciones fundamentales de su ocupación.
3. **EDAD** significa la edad que Usted cumplió en su último cumpleaños. El término "edad" antecedido por un número, por ejemplo, "69 años de edad", se refiere al aniversario de la póliza en o después de su cumpleaños número 69.
4. **SOLICITANTE** significa la persona que firmó la solicitud de cobertura.
5. **FECHA DE ANIVERSARIO** significa la fecha de renovación de la póliza.
6. **LESIÓN CORPORAL** significa una lesión física identificable que:
  - a) es causada por un Accidente que ocurre durante el período de cobertura bajo esta póliza y
  - b) no es autoinfligida y
  - c) provoca, únicamente y con independencia de cualquier otra causa, excepto Enfermedad directamente resultante de, o tratamiento médico o quirúrgico que sea necesario por dicha lesión, la Incapacidad Total del Asegurado dentro de los primeros trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de la fecha del Accidente y
  - d) ocurre mientras la póliza se encuentra vigente y
  - e) no es sufrida durante la participación en una actividad o deporte peligroso según se define en el párrafo 17.
7. **BENEFICIO OPCIONAL DE VALOR ACUMULADO** significa la cantidad de prima reembolsada al asegurado que paga las primas por un periodo de tiempo y mantiene la póliza en pleno vigor por una cantidad de tiempo específica. La cantidad del Beneficio de Valor Acumulado se reducirá por la cantidad de los reclamos pagados. La cantidad del Beneficio de Valor Acumulado se muestra en la Tabla de Beneficio de Valor Acumulado.
8. **CLASE** significa caracterizaciones o agrupaciones de todas las pólizas del mismo tipo, incluyendo, entre otras cosas: deducibles, fecha de inicio de la póliza, edad del Asegurado, grupo, área geográfica, planes o cualquier combinación de los anteriores.
9. **COMPAÑÍA, la Compañía, Nosotros, Nuestro** significa AmFirst Life Insurance Company, I.I.
10. **PAÍS DE RESIDENCIA** significa el país declarado en el formulario de solicitud. En caso de cambiar de País de Residencia, el Asegurado deberá comunicar inmediatamente al Administrador su nuevo País de Residencia. El no hacerlo puede resultar en la invalidación o terminación de la cobertura.
11. **MONEDA** significa Dólares de los EE.UU., a menos que se especifique algo diferente.

12. **INCAPACIDAD TOTAL / TOTALMENTE INCAPACITADO / DISCAPACIDAD TOTAL** significa que, como resultado de un Accidente o Enfermedad cubierta, el Asegurado es totalmente incapaz de realizar, durante todo el Período de Carencia, la totalidad de las funciones fundamentales de su ocupación normal señalada en el Programa, y el Asegurado se encuentra bajo el cuidado continuo de un Médico apropiado para la afección causante de la Incapacidad Total mientras dure dicha Incapacidad Total.
13. **FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA** significa la fecha de inicio de la cobertura, que será a las 12:01 a.m. hora oficial en el domicilio del Asegurado y en la fecha que aparezca en el Certificado de Cobertura, y que terminará a las 12:01 a.m. hora oficial en el domicilio del Asegurado en la fecha en que se deba pagar cualquier prima de renovación.
14. **PERÍODO DE CARENCIA** significa el período que se indica en el Programa, durante el cual el Asegurado debe estar Totalmente Incapacitado de manera continua para que se le paguen los beneficios.
15. **EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD** significa que el Asegurado debe haber firmado una solicitud con respecto a su historial médico, la cual incluye la autorización para que la Compañía obtenga información sobre la salud del Asegurado.
16. **PERÍODO DE GRACIA** significa el período posterior al vencimiento de la póliza por falta de pago de la prima, durante el cual el Asegurado podrá continuar la cobertura una vez que el Administrador reciba el pago total de la prima adeudada. La Compañía otorgará un Período de Gracia de treinta (30) días, siempre y cuando el pago total se reciba a más tardar al final de ese período.
17. **ACTIVIDADES RIESGOSAS O DEPORTES RIESGOSOS** significa cualquier actividad o deporte que expone al participante a algún peligro o riesgo inevitable con falta de predictibilidad, aun cuando el peligro o riesgo pueda ser previsible. Algunos ejemplos de actividades o deportes riesgosos son, entre otros: el paracaidismo, la escalada en montaña, la escalada en roca, el rodeo, las corridas de toros, cualquier tipo de deporte aeronáutico, la espeleología, el rafting o canotaje en rápidos de aguas bravas que superen el grado 5, el paracaidismo, el parapente, el ala delta, el paracaidismo ascensional, los eventos deportivos en que el objetivo es conseguir el mejor tiempo, las carreras de motos, los deportes de competición, el submarinismo a más de 30 metros de profundidad, el boxeo, la competición hípica, el puenting, el polo, la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte profesionalmente o a cambio de una remuneración.
18. **ASEGURADO(S)** significa la persona para quien se ha llenado una solicitud, cuyo nombre ha sido declarado en el formulario de solicitud, para quien la Compañía ha confirmado el comienzo de la cobertura en el Programa de Cobertura y le ha emitido una Póliza, y para quien se ha pagado la prima. Si un Asegurado está incapacitado o ha fallecido, su representante legal tendrá el derecho de actuar en su nombre.
19. **ENFERMEDAD** significa una enfermedad, dolencia o padecimiento del Asegurado que se manifiesta por primera vez durante el período de vigencia de la póliza y es la causa de la Incapacidad Total del Asegurado dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha en que se manifiesta por primera vez.
20. **BENEFICIO MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL** significa el monto del beneficio que se paga mensualmente a un asegurado Totalmente Incapacitado que ha cumplido con el Período de Carencia de 90 días y el Período de Espera (si corresponde). Se indica para el Asegurado en el Programa de Cobertura. El número máximo de Beneficios Mensuales por Incapacidad Total a pagar es treinta (30).
21. **FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO** significa el día en que vence el pago de la prima, según lo indicado en el Certificado de Cobertura.

22. **MÉDICO o DOCTOR** significa una persona que no está relacionada con el Asegurado por consanguinidad ni matrimonio, que no vive con el Asegurado, que posee licencia para ejercer la medicina como Doctor y que, al proporcionar tratamiento al Asegurado, actúa dentro de los límites de su experiencia.
23. **ENFERMEDADES PREEXISTENTES** significa cualquier enfermedad (A) para la cual se recomendó o recibió consejo o tratamiento médico de un Doctor durante el período de cinco (5) años anterior a la Fecha de Entrada en Vigencia de esta póliza, o (B) cuyos síntomas estuvieron presentes durante ese período de cinco (5) años y que causaría que una persona razonable buscara consejo o tratamiento de un Doctor.
24. **PRUEBA DE SINIESTRO** significa un formulario de reclamación debidamente completado, que contiene la declaración del médico tratante (DMT) y cualquier documentación adicional que la Compañía razonablemente pueda requerir.
25. **PERÍODO DE ESPERA** significa el lapso de noventa (90) días a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia o la Fecha de Reinstalación de la Póliza. No se pagará ninguna reclamación por enfermedad que se manifieste por primera vez durante ese período y cause la Incapacidad de un asegurado.
26. **USTED, SU, SUYO** se refieren al Asegurado.

## **BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD (Registrados en el Programa de Cobertura)**

Después de 90 días consecutivos de Incapacidad Total, comenzando después de cualquier Período de Espera aplicable, la Compañía pagará a la Persona Asegurada Beneficios Mensuales iguales a la cantidad especificada en la solicitud y anotada en el Programa de Cobertura, por un período máximo de treinta (30) meses.

### **CESE DE LOS BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD**

Los Beneficios Mensuales por Incapacidad cesarán para un asegurado al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1) La fecha en que el Asegurado deje de estar Incapacitado.
- 2) La fecha en que el Asegurado fallezca.
- 3) La fecha en que se hayan pagado treinta (30) Beneficios Mensuales por Incapacidad.
- 4) Cuando la Compañía determine que ha habido una tergiversación.
- 5) Cuando no se pague la prima.

### **BENEFICIO OPCIONAL DE VALOR ACUMULADO- PAGO DEL BENEFICIO**

El Beneficio de Valor Acumulado se pagará si se cumplen cualquiera de las siguientes condiciones:

1. Usted renuncia a la póliza luego en la Fecha del Décimo Aniversario.
2. Usted muere luego de la Fecha del Décimo Aniversario.
3. Usted no paga la prima requerida para mantener esta póliza en vigor luego de la Fecha del Décimo Aniversario.
4. La póliza termina luego de la Fecha del Décimo Aniversario.

<b>Año de Certificado</b>	<b>Porcentaje de Devolucion de Prima</b>
10.º año	40%
11.º año	44%
12.º año	48%
13.º año	52%
14.º año	56%
15.º año	60%
16.º año	64%
17.º año	68%
18.º año	72%
19.º año	76%
20.º año	80%
21.º año	84%
22.º año	88%
23.º año	92%
24.º año	96%
25.º año	100%

## EXCLUSIONES

La Compañía no será responsable por ninguna reclamación por Incapacidad Total ni ningún otro beneficio bajo esta Póliza que sea causado directa o indirectamente, en su totalidad o en parte, por:

- A. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (se declare o no la guerra) o guerra civil.
- B. Motín, disturbio, huelga, levantamiento militar o popular, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpado.
- C. Los actos de cualquier persona que actúe por cuenta de o en relación con cualquier organización con actividades dirigidas a derrocar por la fuerza al gobierno de hecho o de derecho o a influir en él a través del terrorismo o la violencia.
- D. La ley marcial o el estado de sitio o cualquier evento o causa que determine la proclamación o el mantenimiento de la ley marcial o el estado de sitio.
- E. Cometer o intentar cometer un delito, o provocar un asalto, una autolesión intencional, suicidio o intento de suicidio (sea un crimen o no), duelos o peleas (excepto en defensa propia de buena fe).
- F. Cualquier acto de terrorismo.
- G. Contaminación radioactiva.
- H. Agentes nucleares, químicos o biológicos.
- I. Enfermedades mentales, demencia, enfermedad de Alzheimer, trastornos psiquiátricos, psicológicos o conductuales o tratamiento de los mismos.
- J. Todas las Actividades Riesgosas y los Deportes Riesgosos.
- K. Lesión corporal sufrida mientras se encuentre bajo la influencia de alcohol o drogas intoxicantes (aparte de las tomadas conforme al tratamiento prescrito por un médico, pero no para el tratamiento de la drogadicción) o mientras el Asegurado tenga un nivel de alcohol en la sangre de 0,08% o más, o mientras se encuentre por encima del límite para el consumo de alcohol permitido por la ley dentro de la jurisdicción donde ocurra el suceso.
- L. Alcoholismo o abuso del alcohol.
- M. Enfermedad Preexistente: Esta póliza no proporciona beneficios por siniestros debidos a una Enfermedad Preexistente como aquí se define, a menos que dicha Enfermedad Preexistente haya sido revelada en la solicitud, y solo en el caso de que la Compañía la haya asumido y haya acordado por escrito cubrirla, y únicamente de conformidad con los términos, las condiciones y las exclusiones específicas que puedan ser aplicadas a dicha Enfermedad Preexistente.
- N. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o enfermedad por VIH, incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier derivado mutante o sus variaciones.
- O. Cualquier Lesión Corporal o Enfermedad por la cual el Asegurado no esté bajo el cuidado regular de un Médico que sea apropiado para esa Lesión Corporal o Enfermedad por el tiempo que dure la misma.
- P. Cualquier tratamiento para Lesión Corporal o Enfermedad que no haya sido autorizado o prescrito por un Médico.
- Q. Cualquier reclamación de beneficios por Incapacidad Total con base en un accidente o enfermedad en que no haya un evento desencadenante. El evento desencadenante de un accidente es el accidente en sí mismo. El accidente que condujo a la Incapacidad Total debe ser un evento único e identificable que ocurra durante el tiempo en que la póliza se encuentre vigente. Un evento desencadenante para una enfermedad es el diagnóstico hecho por un Médico de una enfermedad o padecimiento que es Totalmente Incapacitante y aparece por primera vez (se da a conocer) mientras la Póliza se encuentra vigente.
- R. Cualquier tratamiento administrado por o cuidados recibidos de un miembro de la familia.
- S. Cualquier Enfermedad que se manifieste por primera vez durante los primeros noventa (90) días siguientes a la inclusión de un asegurado en este seguro. Esto no estará cubierto durante toda la vigencia de la póliza.
- T. Los viajes en avión, excepto como pasajero en un avión multimotor.
- U. Cualquier accidente que ocurra o enfermedad que se manifieste por primera vez cuando el Asegurado haya estado viviendo en los Estados Unidos de América por más de ciento ochenta (180) días consecutivos.
- V. Cualquier Accidente que surja del empleo o en el curso del empleo.

## **DISPOSICIONES SOBRE PRIMAS Y RENOVACIÓN**

**PAGO DE LAS PRIMAS.** Esta póliza se emite en consideración de la solicitud y el pago de la prima inicial. Las primas se deben pagar en dólares de los EE.UU. La prima inicial no constituye aceptación automática de la solicitud ni admisión en el plan de seguro. La aceptación de un solicitante se basa en los criterios de suscripción de la Compañía. En caso de que la solicitud sea rechazada, la responsabilidad de la Compañía se limita a notificar al solicitante por escrito y reembolsar la prima inicial.

**INICIO DE LA COBERTURA.** La cobertura del seguro se proporciona después de que se ha revisado y aceptado la solicitud, se ha emitido la póliza, se ha pagado la prima al Administrador siguiendo la modalidad de pago especificada en el Certificado de Cobertura y el Asegurado ha dado cumplimiento a la disposición sobre Actividad.

**CONDICIONES DE RENOVACIÓN.** Esta póliza es un contrato anual que, hasta que se dé por terminado, se renovará en la fecha de aniversario como se indica a continuación, si:

1. no se ha dado aviso de cancelación al menos un mes antes de la renovación,
2. la prima adeudada ha sido pagada antes de la fecha de vencimiento y
3. el Asegurado no ha incumplido ninguna de las condiciones de esta póliza.

La Compañía, a través de un corredor designado, ofrecerá renovar la póliza a las tasas y en los términos que prevalezcan en ese momento para la Clase del Asegurado. Dicha oferta podrá ser aceptada mediante el pago de la prima de renovación dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de renovación. Tras el pago de cada renovación, se emitirá un nuevo Programa de Cobertura como prueba de que el seguro está en vigor. Si no se cumplen estas condiciones, se rescindirá la póliza. Cualquier aumento en la tasa de la póliza se hará solo por Clase de Asegurado, no por Asegurado individual.

**DISPOSICIONES SOBRE REINSTALACION.** Si esta póliza se da por terminada porque no se ha pagado una prima al final del Período de Gracia, Usted puede solicitar la reinstalación de la póliza en cualquier momento hasta que el pago de la primera prima adeudada se encuentre atrasado por noventa (90) días. Para restablecer esta póliza se deben cumplir tres requisitos:

1. Usted debe presentar una solicitud de Reinstalación con pruebas de Su asegurabilidad;
2. La Compañía debe aprobar la solicitud de Reinstalación y
3. Usted debe pagar el monto total de la prima vencida.

Si la Compañía aprueba la solicitud de Reinstalación, la póliza será restablecida en la fecha de la aprobación, pero la póliza no cubrirá ninguna incapacidad causada por:

1. Enfermedad que se manifieste por primera vez dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de Reinstalación; ni
2. Cualquier enfermedad que esté excluida por nombre o por descripción.

En todos los demás aspectos, Usted y la Compañía tendrán los mismos derechos que tenían bajo la póliza inmediatamente antes de la fecha de terminación, con sujeción a cualquier disposición que se estipule o agregue a la misma en relación con el Reinstalación.



## DISPOSICIONES SOBRE RECLAMACIONES

**PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN.** La notificación de una reclamación debe realizarse dentro de los treinta (30) días siguientes al inicio de una Incapacidad Total. Dicha notificación deberá entregarse por escrito a la Compañía en la dirección de su Administrador, Morgan-White Administrators International, Inc. La notificación de reclamación puede enviarse por fax, correo electrónico o correo convencional. La fecha de recepción por el Administrador de la Compañía será la fecha de notificación. La falta de notificación de la reclamación dentro de los treinta (30) días del inicio de la Incapacidad Total invalidará la reclamación. Al recibir la notificación de dicha Incapacidad Total, el Administrador le proporcionará a Usted o a su representante un formulario de reclamación para presentar una Prueba de Siniestro. La Prueba de Siniestro deberá ser completada y devuelta al Administrador dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que fue enviada a Usted o a su representante. No se pagarán beneficios bajo esta póliza hasta que se haya presentado una Prueba de Siniestro completa y haya transcurrido cualquier Período de Carencia aplicable.

**TIEMPO DE LA PERDIDA.** La pérdida debe ocurrir mientras esta póliza se encuentre vigente.

**PAGO DE RECLAMACIONES.** Los beneficios por cualquier siniestro bajo esta póliza se pagarán a Usted o a Su Beneficiario Designado (indicado en el formulario de solicitud), en dólares de los EE.UU., en el momento en que la Compañía haya comprobado el siniestro y se hayan cumplido todos los términos y condiciones de la póliza. En caso de que algún aspecto de la reclamación no se haya resuelto o esté en disputa, la Compañía, a su entera discreción, tendrá el derecho, pero no la obligación, de realizar el pago de cualquier reclamación en virtud de la reserva de derechos y sin perjuicio de los derechos que le correspondan.

**PAGO AL BENEFICIARIO DESIGNADO.** Si Usted así lo solicita, el pago de los beneficios de Incapacidad Total o el Beneficio por Muerte se hará a Su Beneficiario Designado, y servirá como total cumplimiento y pleno finiquito de las obligaciones de la Compañía por esos beneficios bajo esta Póliza.

**FRAUDE.** La presentación de una reclamación fraudulenta será motivo de cancelación de la póliza por parte de la Compañía. Si una reclamación es fraudulenta en cualquier aspecto, o si el Asegurado o una persona que actúe en nombre del Asegurado utiliza algún medio o recurso fraudulento, se perderán todos los beneficios bajo esta Póliza.

**SUBROGACIÓN.** En caso de que Usted sufra un siniestro como resultado de negligencia, mala conducta u otra responsabilidad de un tercero, la Compañía tiene derecho a recuperar y ser reembolsada por los pagos de reclamaciones que haya hecho a su favor, en la medida en que Usted haya recibido una recuperación total o parcial de un tercero responsable por dicho siniestro. Este derecho se conoce como subrogación. La Compañía tiene derecho a proceder, a su propio costo, en nombre del Asegurado, contra terceros que puedan ser responsables de causar un siniestro bajo esta póliza o puedan ser responsables de proporcionar indemnización o beneficios similares a este seguro. La Compañía tiene plenos derechos de subrogación.

**EXÁMENES FÍSICOS.** La Compañía, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de hacer que un Médico de su elección examine a cualquier asegurado cuyas Lesiones Físicas o Enfermedades sean la base de la reclamación, cuando y con la frecuencia que sea razonablemente necesario mientras una reclamación se encuentre pendiente. En el caso de que no se pueda localizar un Médico adecuado (según lo determine la Compañía) en el País de Residencia del Asegurado, o dondequiera que se encuentre el Asegurado para tratamiento cuando la reclamación esté pendiente, la Compañía, a su opción y costo, tendrá el derecho, pero no la obligación, de hacer que el Asegurado sea transportado a Miami, Florida y examinado allí por un Médico de su elección. El Asegurado pondrá a disposición de la Compañía todos los informes y registros médicos y, cuando se le solicite, firmará todos los formularios de autorización necesarios para dar a la Compañía un completo historial médico.

**COOPERACIÓN DEL RECLAMANTE.** La falta de cooperación de un reclamante con la Compañía o su Administrador en la administración de una reclamación puede resultar en la terminación de la reclamación. Dicha cooperación incluye, entre otras cosas, el suministro de cualquier información o documentos necesarios para determinar si los beneficios son pagaderos, o el monto real de los beneficios adeudados.

**NEGATIVA A PROPORCIONAR REGISTROS MÉDICOS.** No se pagará ninguna reclamación bajo esta Póliza a menos y hasta que los proveedores de servicios médicos o de medicamentos pasados o actuales del Asegurado hayan presentado todos los expedientes médicos pasados y actuales del Asegurado, según lo solicite la Compañía o su Administrador, Morgan-White Administrators International, Inc., de conformidad con la autorización del Asegurado.

**EXAMEN BAJO JURAMENTO.** La Compañía tendrá el derecho de obtener un Examen bajo Juramento del Asegurado y/o su Beneficiario Designado o representante legal, el cual se registrará estenográficamente o se grabará. El examen se programará de acuerdo con la notificación de la Compañía y podrá llevarse a cabo donde y cuando la Compañía o su Administrador consideren necesario. El examen podrá ser realizado por un representante designado de la Compañía o el Administrador.

**PAÍS DE RESIDENCIA.** No se pagará ninguna reclamación bajo esta Póliza, si al momento de comenzar la Incapacidad Total u ocurrir la muerte, el Asegurado no residía en su País de Residencia, a menos que previamente haya notificado dicho cambio a la Compañía dentro de los 30 días siguientes al mismo, y la Compañía haya endosado específicamente la Póliza con el nuevo País de Residencia.

**RECUPERACIÓN DE PAGOS EXCESIVOS.** Si se pagan beneficios en exceso o por error, la Compañía tiene el derecho de recuperar la cantidad pagada de más o por error, mediante todos o cualquiera de los siguientes métodos: (1) una solicitud de pago de una suma global si la cantidad ha sido pagada en exceso o por error; (2) deducción de la cantidad pagada en exceso o por error de cualquier importe pagadero bajo la póliza, o (3) cualquier otro medio legal.

**REEMBOLSO DE PRIMAS.** Usted debe continuar pagando las primas hasta que su reclamación haya sido aprobada. Si su reclamación es aprobada, le reembolsaremos las primas que haya pagado hasta la fecha en que quedó incapacitado.

**PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN:**

Escriba, llame, envíe fax o correo electrónico a  
Morgan-White Administrators International, Inc.  
75 Valencia Avenue, Suite 801  
Coral Gables, FL 33134  
Teléfono: (305) 442-0899

Correo electrónico: [intlclaims@morganwhite.com](mailto:intlclaims@morganwhite.com)

Para contacto fuera de horario y fines de semana:

Teléfono: (305) 442-0899  
Fax: (305) 442-0961

## DISPOSICIONES GENERALES

**DECLARACIÓN INCORRECTA DE EDAD Y/O SEXO.** Si su edad o su sexo han sido declarados incorrectamente, se ajustarán sus beneficios para reflejar el monto que su prima habría adquirido a su edad y sexo correctos. Pero si a la edad correcta no se le habría emitido ninguna cobertura, usted no estará cubierto y le reembolsaremos todas las primas pagadas.

**CONTRATO COMPLETO.** Significa el conjunto de documentos compuesto por la solicitud de cobertura, la póliza, el Certificado de Cobertura, las Disposiciones, Definiciones, Condiciones y Exclusiones, y cualquier Modificación o Endoso.

**AUTORIDAD.** Ningún agente, corredor ni ninguna otra persona tiene autoridad para cambiar la póliza ni para eximir de ninguna de sus disposiciones. Ninguna modificación de esta póliza será efectiva mientras no sea aprobada por escrito por uno de los ejecutivos autorizados de nuestro Administrador. Dicha aprobación debe estar señalada en esta póliza o adjunta a ésta mediante una enmienda o endoso firmado por un Suscriptor del Administrador.

**TÍTULOS.** Los títulos de los párrafos de esta póliza se incluyen únicamente para facilitar su consulta, y no modifican ni controlan el alcance de ninguna de las disposiciones de la póliza.

**LEGISLACIÓN APLICABLE.** Cualquier asunto relativo a la interpretación de esta Póliza, por ejemplo, cualquier cuestión relacionada con las declaraciones del Asegurado en la solicitud de cobertura o emisión de este seguro, se resolverá de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

**TERMINACIÓN.** Esta póliza expirará al cumplirse una de las siguientes condiciones, cualquiera ocurra primero:

1. En la fecha de vencimiento indicada en el Programa; o
2. Al final del período por el cual se han pagado las primas, si al finalizar el Período de Gracia no se ha pagado la prima; o en la Fecha de Aniversario del año en que el Asegurado cumpla 68 años de edad; o
3. En la fecha en que recibamos Su solicitud escrita de poner término a esta póliza; o
4. En la fecha de su fallecimiento, o
5. Una vez que el Beneficio por Incapacidad Total haya sido pagado bajo esta póliza, ya sea por medio del pago Mensual Opcional o en una Suma Total.

**CONSIDERACIONES.** Esta póliza se emite en consideración de la solicitud y el pago de la prima inicial. Las primas se deben pagar en dólares de los EE.UU. La prima inicial no constituye aceptación automática de la solicitud ni admisión en el plan de seguro. La aceptación de un solicitante se basa en los criterios de suscripción de la Compañía. En caso de que una solicitud sea rechazada, la responsabilidad de la Compañía se limita a notificar al solicitante por escrito y reembolsar el total de la prima inicial.

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA.** Esta póliza es válida a partir de las 12:01 a.m., hora oficial de Su lugar de residencia, en la Fecha de Entrada en Vigencia de la póliza según se indica en el Certificado de Cobertura. Expirará a las 12:01 a.m. de su lugar de residencia, en la fecha de renovación de cualquier prima.

**DIVISIBILIDAD.** Si se determina que alguna disposición de esta póliza no es ejecutable, dicha disposición se considerará excluida de esta póliza, y las disposiciones restantes estarán y permanecerán en plena vigencia y efecto.

**DISPUTAS Y ACCIONES LEGALES.** Las partes acuerdan que todas y cada una de las disputas, reclamaciones o controversias que surjan de o en relación con esta Póliza o su supuesto incumplimiento, que no sean resueltas por las partes a través de la negociación o la mediación, podrán ser resueltas a través de un arbitraje o litigio final y vinculante en Miami, Florida, Estados Unidos.

## CONDICIONES GENERALES

El Asegurado deberá, en todo momento, tomar precauciones razonables para prevenir Accidentes, lesiones o siniestros.

Si el Asegurado se dedicara a cualquier ocupación en la que pueda incurrir en mayor riesgo que en la ocupación declarada a la Compañía, sin antes notificar a la Compañía y obtener su consentimiento por escrito para la modificación del Seguro (sujeto al pago de la prima adicional razonable que la Compañía pueda requerir como contraprestación por dicho acuerdo), la Compañía no pagará reclamaciones por ningún Accidente que derive de dicha ocupación u ocurra en el curso de la misma.

Si las circunstancias en las que se suscribió el seguro cambiaran materialmente, esta póliza será anulable.

La debida observancia y cumplimiento de los términos, condiciones y limitaciones de esta póliza en la medida en que se relacionen con cualquier cosa que el Asegurado deba hacer o cumplir, y la veracidad de las declaraciones y respuestas en la solicitud de este seguro, serán condiciones precedentes a cualquier obligación de la Compañía de efectuar un pago de conformidad con la presente póliza.

Si una reclamación bajo esta Póliza es fraudulenta en cualquier aspecto, o si el Asegurado o una persona que actúe en nombre del Asegurado utiliza algún medio o recurso fraudulento, se perderán todos los beneficios bajo esta Póliza.

No se pagará ningún beneficio bajo esta póliza si al presentar una reclamación, el Asegurado hace cualquier tergiversación material, omite información relevante en respuesta a una pregunta o consulta de la Compañía o del Administrador, o testifica falsamente durante un interrogatorio bajo juramento.

La póliza quedará nula si el Asegurado cambia su País de Residencia y no notifica al Administrador dentro de los treinta (30) días siguientes a dicho cambio. Todos los términos y condiciones están sujetos a revisión al cambiar el País de Residencia.

La póliza quedará nula si al momento de quedar Totalmente Incapacitado, el Asegurado ha estado presente en los Estados Unidos durante al menos ciento ochenta (180) días consecutivos.

En caso de que el Asegurado esté incapacitado o fallezca, su representante legal podrá actuar en su nombre.

En caso de que la Compañía cancele o de otra manera invalide esta Póliza debido a que el Asegurado no revele su historial médico pasado o Enfermedades Preexistentes, la Compañía se reserva el derecho a recuperar del Asegurado todos los costos y honorarios incurridos en la investigación razonable de aquellos asuntos que no hayan sido revelados en su totalidad. La recuperación podrá llevarse a cabo de cualquier manera legal, incluida la deducción de esos costos y honorarios de cualquier prima no devengada que de otra manera se adeude al Asegurado

Si un Asegurado o la Compañía cancela este seguro después de haber sido emitido, la Compañía reembolsará la parte no devengada de la prima, menos el costo de la póliza y los gastos pagados. La parte no devengada de la prima se basa en el número de meses correspondientes a la modalidad de pago. Los gastos incluyen comisiones, gestión de reclamaciones y gastos administrativos.