



# **Seguro de Incapacidad para Profesionales con Opción Devolución de Prima**

## **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

**INFORMACION IMPORTANTE SOBRE LAS DECLARACIONES DE LA SOLICITUD.** Por favor lea la copia de la solicitud la cual forma parte de esta póliza. Revise para comprobar si alguna información médica ha sido omitida. Escriba a la Administradora dentro de un periodo de diez (10) días si alguna información no es correcta o está incompleta. La póliza se emite sobre la base de que todas las respuestas a las preguntas están correctas y completas. Cualquier omisión o declaración incorrecta puede causar que la Compañía niegue los beneficios, para aprobar, modificar o rescindir la cobertura del Asegurado.

### **RENOVABLE HASTA LOS 68**

**POR FAVOR LEA ESTA POLIZA CUIDADOSAMENTE.** Esta póliza es un contrato legal entre el Asegurado y AmFirst Life Insurance Company, I.I.

**DERECHO A EXAMINAR.** Si, por cualquier razón, Usted no está satisfecho con la póliza, Usted puede devolverla a la Administradora dentro de un periodo de diez (10) días después de recibirla. Usted debe regresarla a la Administradora por correo o a través del Agente que se la vendió. La Administradora le hará la devolución de la prima pagada y la póliza será considerada nula, como si no se hubiera emitido nunca.

**BENEFICIO DE OPCIÓN DEVOLUCIÓN DE PRIMA.** Esta póliza pagara el Beneficio de Opción Devolución de Prima si la póliza ha estado vigente por diez (10) años consecutivos. El Beneficio de Devolución de Prima será la Prima Original pagada menos cualquier Reclamo Pagado multiplicado por el cincuenta (50%) por ciento. Después de que la póliza ha estado vigente por al menos veinte (20) años consecutivos, entonces el Beneficio de Devolución de Prima será igual al cien (100%) por ciento de la Prima Original pagada, menos cualquier reclamo pagado.

AMFIRST LIFE INSURANCE COMPANY, I.I.

El Beneficio de Incapacidad de esta póliza es reasegurado por Lloyd's de Londres.  
El Beneficio de Opción Devolución de Prima de esta póliza es suscrito y garantizado por AmFirst Life Insurance Company, I.I.

## DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE/ACCIDENTAL-** Significa cualquier acontecimiento repentino e imprevisto que ocurra durante la vigencia de la póliza resultando en una Lesión independiente de una enfermedad o dolencia corporal, la causa o una de las causas las cuales son externas al propio cuerpo del Asegurado y se produce más allá del control del Asegurado y el cual causa la incapacidad total del Asegurado dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días a partir de la fecha de ocurrido, independientemente de cualquier otra causa. Esta póliza no cubrirá lesiones accidentales debido a negligencia médica durante el tratamiento médico.
2. **MUERTE ACCIDENTAL-** Significa cualquier acontecimiento repentino e imprevisto que ocurra durante la vigencia de la póliza resultando en la muerte del Asegurado dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días independientemente de una enfermedad o dolencia corporal, la causa o una de las causas las cuales son externas al propio cuerpo de Asegurado y se produce más allá del control del Asegurado.
3. **BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL-** Significa el monto que aparece en el Certificado de Cobertura, pagado al beneficiario del Asegurado que fallece de un Accidente cubierto mientras la póliza está vigente. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días de ocurrido el Accidente. El fallecimiento del Asegurado para propósitos de esta cobertura de seguro se define para incluir el momento en que el Asegurado no puede sobrevivir sin soporte medico por medios artificiales, según es certificado por Su Médico tratante.
4. **PROVISION ACTIVA-** Significa que el Asegurado es capaz de realizar todas las actividades materiales de su ocupación en la Fecha de Vigencia de la Cobertura. Si el Asegurado no cumple con la Provisión Activa, la cobertura no entrara en vigor hasta el momento en que el Asegurado este en realidad activo.
5. **EDAD-** Significa Su edad en Su último cumpleaños. El término "Edad" seguido de un número, como la Edad de 69 años se refiere al aniversario de la póliza en o después de Su cumpleaños número 69.
6. **SOLICITANTE-** Significa la persona que efectuó la solicitud de cobertura.
7. **FECHA DE ANIVERSARIO-** Significa la fecha de renovación de la póliza.
8. **LESION CORPORAL-** Significa una lesión física identificable la cual:
  - a) es causada por un Accidente el cual ocurre durante el periodo de cobertura bajo esta póliza y
  - b) no es autoinfligida y
  - d) ocurre mientras la póliza está en vigor
  - e) no ocurre mientras participando en una actividad peligrosa o deporte de alto riesgo según está definido en el No.18.
9. **CATEGORIAS-** Significa caracterizaciones de todas las pólizas del mismo tipo, incluyendo, pero no limitado a: fecha de comienzo de la póliza, edad, grupo, área geográfica, planes, o una combinación de todo lo anteriormente mencionado.
10. **COMPAÑÍA, la Compañía, nosotros, nuestra-** Significa AmFirst Life Insurance Company, I.I.
11. **PAIS DE RESIDENCIA-** Significa el país declarado en la solicitud. Si el Asegurado cambia su País de Residencia, el Asegurado debe inmediatamente notificar a la Administradora acerca del nuevo País de Residencia. El no hacerlo puede resultar en la invalidación o cancelación de la cobertura.
12. **MONEDA-** Significa Dólares Americanos, a menos que se indique lo contrario.
13. **INVALIDEZ, INCAPACIDAD, INCAPACIDAD TOTAL-** Significa que debido a una Enfermedad o lesión corporal causada por un Accidente, el Asegurado está totalmente incapacitado para desempeñar los deberes materiales de Su propia ocupación, según se indica en la póliza de seguro, por todo el Periodo de Eliminación y el Asegurado está bajo el cuidado de un Médico que es el apropiado para la condición que ha causado la Incapacidad Total mientras dure dicha Incapacidad, y el empleador del Asegurado ha dejado de pagar el salario y / o compensación al Asegurado.
14. **FECHA DE VIGENCIA O FECHA DE EMISION-** Significa la fecha en la cual comienza la cobertura, a las 12:01 a.m. Tiempo Estándar, en la dirección del Asegurado y en la fecha indicada en el Certificado de Cobertura y termina a las 12:01 a.m. Tiempo Estándar, en la dirección del Asegurado y en la fecha en que cualquier prima de renovación se debe.

15. **PERIODO DE ELIMINACION-** Significa el periodo de tiempo según se indica en la póliza de seguro durante el cual el Asegurado debe estar Total y continuamente Incapacitado antes de que los beneficios sean pagaderos.
16. **EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD-** Significa que el Asegurado debe firmar una solicitud con respecto a su historial médico que incluya autorización de la Compañía para obtener información acerca de la salud del Asegurado.
17. **PERIODO DE GRACIA-** Significa el periodo de tiempo después de que la póliza ha expirado debido a la falta de pago de la prima, tiempo durante el cual el Asegurado puede continuar con la cobertura a la recepción por el Administrador del pago de la prima en su totalidad. La Compañía permitirá un Periodo de Gracia de treinta (30) días, para recibir el pago de la prima en su totalidad en o antes del final de dicho periodo.
18. **ACTIVIDADES PELIGROSAS O DEPORTES DE ALTO RIESGO-** Significa cualquier actividad o deporte que requiera de una habilidad física o proeza, a menudo de naturaleza competitiva, que expone al participante a cualquier peligro inevitable o riesgo impredecible, aunque el peligro o el riesgo sean previsibles. Algunos ejemplos de actividades o deportes peligrosos incluyendo pero no limitado son: paracaidismo montañismo, alpinismo, rodeo, peleas de toros, cualquier tipo de deporte de aviación, espeleología y excavación, canotaje o piragüismo que implica rápidos de agua blanca por encima de los 5 grados, vuelo con ala delta, pruebas de velocidad, carreras de motocicletas, deporte o competencias de motocross, buceo a más de 30 metros de profundidad, boxeo, jinete, puentear, polo, participación en cualquier deporte extremo o participación en cualquier deporte donde reciba compensación o como profesional.
19. **ASEGURADO(S)-** Significa la persona para la cual la solicitud ha sido completada. Son aquellas personas cuyos nombres han sido declarados en la solicitud y para los cuales ha sido confirmado por la Compañía en el Certificado de Cobertura el comienzo de la cobertura y para quienes una póliza ha sido emitida y para los cuales la prima ha sido pagada. El representante legal del Asegurado tendrá el derecho de actuar en nombre del Asegurado que se encuentra incapacitado o fallece.
20. **ENFERMEDAD-** Significa cualquier enfermedad o dolencia del Asegurado la cual se manifiesta primeramente durante el periodo en que la póliza está en vigor y es el responsable de la Incapacidad Total del Asegurado dentro de un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días después de la primera manifestación de la misma.
21. **BENEFICIO DE SUMA TOTAL POR INCAPACIDAD-** Significa el monto de beneficio pagadero al Asegurado después de trescientos sesenta y cinco (365) días consecutivos de cobertura de Incapacidad Total. El monto de la Suma Total por Invalidez aparece en el Certificado de Cobertura.
22. **BENEFICIO MENSUAL DE INCAPACIDAD-** Significa el monto mensual de beneficio pagadero al Asegurado Totalmente Incapacitado que ha cumplido con el Periodo de Eliminación y el Periodo de Espera (si aplica). Según se hace constar al Asegurado en el Certificado de Cobertura. El Beneficio Mensual por Incapacidad Total se pagará por un máximo de nueve (9) meses.
23. **FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO-** Significa la fecha en que el pago de la prima se debe, según indica el Certificado de Cobertura.
24. **MEDICO O DOCTOR-** Significa la persona que no está relacionada con el Asegurado por sangre o matrimonio y que no vive con el Asegurado. Es la persona que está debidamente licenciada para practicar la medicina como Medico y actúa bajo el ámbito de su especialidad en la prestación de tratamiento al Asegurado.
25. **CONDICIONES PRE-EXISTENTES-** Significa cualquier condición por la cual:
  - 1) Se ha recomendado o recibido consejo médico por parte de un Médico durante un periodo de cinco (5) años antes de la Fecha de Vigencia de esta póliza; o
  - 2) los síntomas que se han presentado durante un periodo de cinco (5) años que hubieran causado a la persona razonable a buscar consejo o tratamiento por parte de un Médico.
26. **PRUEBA DE LA PERDIDA-** Significa, el formulario de reclamo completado, incluyendo la Declaración del Medico Designado "APS" (*siglas en inglés*) y cualquier documentación adicional que la Compañía pueda razonablemente requerir.

27. **OPCIÓN DEVOLUCIÓN DE PRIMA-** Significa el monto de prima que se retorna al Asegurado que paga las primas por un tiempo específico y mantiene la póliza en vigor por un periodo específico de tiempo.
28. **PERIODO DE ESPERA-** Significa el tiempo que comienza en la Fecha de Vigencia o en la Fecha de Reinstalación y termina noventa (90) días después de eso. Ninguna reclamación será pagada por Enfermedad que por primera vez se manifiesta y cause Invalidez a un Asegurado durante este tiempo.
29. **USTED, SU, O USTED MISMO-** Significa el Asegurado.

## **PROVISIONES DE BENEFICIOS**

### **BENEFICIO DE SUMA TOTAL POR INCAPACIDAD**

Después de trescientos sesenta y cinco (365) días de Incapacidad Total, comenzando después de que el Periodo de Eliminación es aplicado, la Compañía pagara a la Persona Asegurada una Suma Total del Beneficio por Incapacidad indicado en el Certificado de Cobertura, menos cualquier Beneficio Mensual Opcional ya pagado, si existe alguno.

### **BENEFICIO MENSUAL POR INCAPACIDAD (Si aparece en el Certificado de Cobertura)**

Después de noventa (90) días consecutivos de Incapacidad Total, comenzando después del Periodo de Eliminación, la Compañía pagara a la Persona Asegurada, Beneficios Mensuales igual al uno (1%) por ciento de la Suma Total escogida por un máximo de nueve (9) meses. A partir de entonces la póliza pagara el Beneficio de Suma Total por Incapacidad, menos cualquier Beneficio Mensual Opcional por Incapacidad ya pagado.

### **BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL**

Un Beneficio por Muerte Accidental en un monto igual al Beneficio de Suma Total por Incapacidad que aparece en el Certificado de Cobertura será pagado por la Compañía al Beneficiario de la Persona Asegurada (según indica la solicitud para cobertura), si la Persona Asegurada fallece producto de un Accidente cubierto mientras la póliza está vigente. La muerte debe ocurrir dentro de los primeros trescientos sesenta y cinco (365) días del Accidente cubierto.

**Esta póliza pagara el Beneficio de Suma Total por Incapacidad (menos cualquier Beneficio Mensual, ya pagado, si existe alguno) o el Beneficio por Muerte Accidental (menos cualquier Beneficio Mensual, ya pagado, si existe alguno) pero no los dos. Estos dos beneficios son mutuamente exclusivos.**

### **TERMINACION DE LOS BENEFICIOS MENSUALES POR INCAPACIDAD, SI SON ESCOGIDOS.**

Los Beneficios Mensuales por Incapacidad quedaran sin efecto para un asegurado tan pronto como:

- 1) la fecha en la cual el Asegurado no se encuentra ya incapacitado
- 2) la fecha en la que el Asegurado fallece
- 3) nueve (9) meses del Beneficio Mensual por Incapacidad han sido pagados
- 4) cuando la Compañía determina que una falsificación se ha hecho
- 5) la prima no ha sido pagada

La Póliza no será renovada después de la fecha de aniversario de esta póliza seguido del cumpleaños número 69 del Asegurado.

### **BENEFICIO DE OPCIÓN DEVOLUCIÓN DE PRIMA- PAGO DEL BENEFICIO**

El Beneficio de Opción Devolución de Prima será pagado si se cumplen cualquiera de las siguientes condiciones:

1. Usted renuncia a la póliza después de la fecha de celebración del décimo (10) Aniversario.
2. Usted fallece después de la fecha de celebración del décimo (10) Aniversario.
3. Usted no paga la prima requerida para mantener la póliza activa después de la fecha de celebración del décimo (10) Aniversario.
4. La póliza termina después de la celebración del décimo (10) Aniversario.

## EXCLUSIONES

La Compañía no será responsable de ningún reclamo por Incapacidad Total o ningún otro beneficio bajo esta Póliza ocasionadas por, contribuidas, o que surjan en relación con:

- A. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (la guerra sea declarada o no) o guerra civil.
- B. Motín, disturbio, huelga, levantamiento militar o popular, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpado.
- C. Cualquier acto de cualquier persona actuando en nombre de, o en conexión con cualquier organización con actividades dirigidas a derrotar por fuerza a un gobierno de ley o de hecho o a la influencia de la misma por terrorismo o violencia.
- D. Ley marcial o estado de asedio o cualquier evento o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de asedio.
- E. Cometer o intentar cometer una ofensa criminal, o provocar un asalto, una lesión auto infligida, suicidio o atentado de suicidio (ya sea criminal o no), duelo o pelea (excepto en defensa propia);
- F. Cualquier acto de terrorismo.
- G. Cualquier contaminación radioactiva.
- H. Agente Nuclear/ Químico/ Biológico
- I. Tratamiento por enfermedades mentales, demencia, enfermedad de Alzheimer, desordenes psiquiátricos, psicológicos o de conducta y mantenimiento en instalaciones mentales.
- J. Todas las Actividades de Alto Riesgo y Deportes de Alto Riesgo.
- K. Lesiones Corporales sostenidas mientras bajo la influencia de o invalidez debido a los efectos parciales o totales de intoxicación de licor o drogas (que no sean tomadas de acuerdo con el tratamiento prescrito por un Médico pero no para el tratamiento de adicción a drogas) o el Asegurado tiene un nivel de alcohol en sangre de un porcentaje del .08 por ciento o más, o el Asegurado a consumido alcohol por encima de los límites legales de alcohol de acuerdo a la jurisdicción del país donde el evento ocurra.
- L. Alcoholismo o Abuso de alcohol
- M. Condición Pre-Existente: Esta Póliza no proveerá beneficios por una pérdida debido a una Condición Pre-Existente, tal y como se define en la póliza, a menos que haya sido declarada en la solicitud y solo si la Compañía la ha evaluado y ha acordado por escrito cubrirla, y de conformidad con los términos, condiciones y exclusiones que pueden ser aplicados a las Condición Pre-Existente.
- N. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o enfermedades del VIH incluyendo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier derivado mutante o su variación, cualquiera que sea la causa.
- O. Cualquier Lesión Corporal o Enfermedad por la cual el Asegurado no está bajo cuidado regular de un Médico que es apropiado para esa Lesión Corporal o Enfermedad por su duración.
- P. Cualquier tratamiento debido a una Lesión Corporal o Enfermedad la cual no ha sido autorizada o prescrita por un Médico.
- Q. Cualquier reclamación de Beneficios por Incapacidad Total basada en un accidente o enfermedad para la cual no existe un evento desencadenante. Un evento desencadenante en el caso de un Accidente es el Accidente como tal. El Accidente que provoque la Incapacidad Total puede ser un solo evento identificable que ocurre durante el tiempo en que esta póliza está en vigor. El evento desencadenante en el caso de una Enfermedad es el diagnostico de un Médico de una enfermedad la cual cause Incapacidad Total y que primero se manifiesta (se da a conocer) mientras la póliza está en vigor.

- R. Cualquier tratamiento o cuidado por parte de un miembro de la familia.
- S. Cualquier Enfermedad que se manifieste durante los primeros noventa (90) días después de la fecha de inclusión de cualquier Asegurado en este seguro no estará cubierta durante la vida de esta póliza.
- T. La participación del Asegurado en viajes aéreos, excepto como pasajero en una nave de alas con varios motores fijos.
- U. Cualquier Accidente o Enfermedad si, en el momento del accidente o cuando la Enfermedad primero se manifieste, el Asegurado ha estado viviendo en los Estados Unidos de América por más de ciento ochenta (180) días consecutivos.

## **PROVISIONES DE SUSCRIPCION Y RENOVACION**

**PAGO DE LAS PRIMAS-** Esta póliza es emitida en consideración con la solicitud y el pago inicial de la prima. Las primas deben ser pagadas en Dólares Americanos. El pago de la prima inicial no constituye la aceptación automática de la solicitud o la admisión en el plan de seguro. La aceptación de una solicitante es basada en el criterio de Suscripción de la Compañía. En caso de que una solicitud sea denegada, la responsabilidad de la Compañía está limitada a notificar al solicitante por escrito y a reembolsar la prima inicial.

**COMIENZO DE COBERTURA-** La cobertura de seguro se proporciona después de que la solicitud haya sido revisada y aceptada, la póliza emitida, la prima ha sido pagada a la Administradora de acuerdo con el modo de pago especificado en el Certificado de Cobertura y el Asegurado ha cumplido con la Disposición Activa.

**CONDICIONES DE RENOVACION-** Esta póliza es un contrato anual, el cual, hasta tanto termine, debe ser renovado en la fecha de aniversario de lo dispuesto a continuación si:

1. ningún aviso de cancelación se le ha dado, por lo menos un mes antes a la fecha de renovación;
2. la prima por pagar ha sido pagada antes de la fecha de expiración y
3. ninguna condición de esta póliza ha sido incumplida por el Asegurado.

La Compañía a través del corredor designado, deberá ofrecer la renovación de esta póliza en las tasas y en las condiciones vigentes en el tiempo para la Categoría del Asegurado. Dicha oferta puede ser aceptada mediante el pago de la prima de renovación dentro de los treinta (30) días de la fecha de renovación. Mediante el pago de cada renovación un nuevo Certificado de Cobertura será emitido como prueba de que el seguro está en vigor. Si estas condiciones no se cumplen, la póliza se termina. Cualquier aumento de la tasa en la póliza se hará solo por Categorías de Asegurados no por Persona Asegurada.

**PROVISION DE REINSTALACION-** Si esta Póliza fuera cancelada porque la prima no ha sido pagada al final del Periodo de Gracia. Usted puede solicitar la reinstalación de esta póliza en cualquier momento hasta que la prima no pagada cumpla los noventa (90) días de atraso. Para poder reinstalar este certificado, tres requerimientos deben ser cumplidos:

1. usted debe enviar la solicitud de Reinstalación con evidencia de Su asegurabilidad; y
2. la Compañía debe aprobar la solicitud de Reinstalación y
3. usted debe enviar el monto total de la prima vencida.

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

1. Enfermedades las cuales se manifiesten dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de Reinstalación, o
2. Cualquier condición la cual es excluida por nombre o descripción.

En todos los demás aspectos, Usted y la Compañía tendrán los mismos derechos que en virtud del mismo Usted y la Compañía tenían bajo la póliza, inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la misma, sujeta a las Provisiones endosadas o que se adjuntan en relación con la Reinstalación.

**DISPUTAS Y ACCIONES LEGALES-** Las partes acuerdan por el presente que cualquier y toda disputa, reclamos o controversias que surjan o que se relacionen a este certificado, serán presentadas para arbitraje final y vinculante. Dicho arbitraje se realizará en la Ciudad de Miami, Florida, en conformidad con las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje, y cualquier fallo otorgado en dicho arbitraje puede presentarse ante cualquier tribunal estatal o federal en dicho país. Dicho arbitraje será el único remedio para cualquier disputa, reclamos o controversias sobre este certificado.

Las notificaciones en conexión con dicho arbitraje y procesos en cualquier procedimiento judicial relacionado con el presente, se entregarán personalmente o por correo registrado o por servicio de mensajería a los Agentes de seguro en la dirección del Administrador y al Asegurado en la dirección más reciente que aparezca en los registros de los Agentes de seguro, con el mismo efecto que si hubieran sido entregadas personalmente, enviadas por correo registrado o por servicio de mensajería en dicha ciudad. El Asegurado debe presentar una solicitud para arbitraje a los Corredores de seguro en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir del evento que dio pie a la disputa, reclamo o controversia entre las partes en el presente.

Si el Asegurado no presenta dicha notificación a los Agentes de seguro en un plazo de ciento ochenta (180) días, liberará a los Agentes de seguro de cualquier y toda responsabilidad legal por la disputa, reclamo o controversia. La responsabilidad legal de los Agentes de seguro en dicho arbitraje se limitará a las cantidades que están especificadas en este certificado, con el interés correspondiente y los costos del procedimiento de arbitraje, si existiera, tal y como lo indiquen los árbitros. En ningún caso los Agentes de seguro serán responsables por ningún daño o perjuicio extracontractual, ya sea caracterizado, sin límite, como un daño por consecuencia, ejemplar, punitivo o por agravio, que pueda surgir o que se relacione con este certificado.

## **PROVISIONES DE RECLAMACIONES**

**PRESENTAR UNA RECLAMACION-** La notificación de una reclamación debe ser entregada dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de ocurrida la Incapacidad Total o el Fallecimiento del Asegurado como resultado de, o presuntamente causado por un accidente, dicho aviso debe ser presentado por teléfono, correo electrónico, facsímil o por escrito a la Compañía, a la dirección de la Administradora, Morgan- White Administrators International; Inc. El no cumplir con la presentación de la notificación de reclamación dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de ocurrida la incapacidad podrá invalidar la reclamación. Al recibo de Su notificación de Incapacidad Total, la Administradora le proporcionara a Usted o a su representante un formulario de reclamo para ser completado como Prueba de la Perdida. La Prueba de la Pérdida debe ser completada y regresada a la Administradora, dentro de treinta (30) días a partir de la fecha en que se le fue enviado a Usted o a Su representante. Ningún beneficio bajo esta póliza será pagado hasta que no sea completada y enviada la Prueba de la Perdida y cualquier Periodo de Eliminación haya sido cumplido.

**TIEMPO DE PERDIDA-** Una pérdida debe ocurrir mientras la póliza está en vigor.

**PAGO DE RECLAMACIONES-** Los beneficios pagaderos bajo esta póliza por cualquier pérdida serán pagados a Usted o Su Beneficiario Designado (según se indica en la solicitud) en el momento en que la Compañía ha comprobado la pérdida, todos los términos y condiciones de la póliza han sido cumplidos y serán pagados en Dólares Americanos. A su entera discreción, la Compañía tendrá el derecho, pero no la obligación de efectuar cualquier pago de reclamaciones bajo reserva de derechos y sin perjuicio de sus derechos en caso de que algún aspecto de la reclamación esta sin resolver o en disputa.

**PAGOS AL BENEFICIARIO DESIGNADO-** Si es solicitado por Usted, el pago de los beneficios por Incapacidad Total a Su Beneficiario Designado, o el pago del Beneficio por Muerte a Su Beneficiario Designado ejercerá la función de exonerar y liberará totalmente a la Compañía de las obligaciones de esos beneficios bajo esta póliza.

**FRAUDE-** Presentación de una reclamación fraudulenta será motivo de cancelación de la póliza por la Compañía. Si cualquier reclamación bajo esta póliza fuera en cualquier aspecto fraudulenta o si cualquier medio fraudulento o dispositivos fraudulentos son utilizados por el Asegurado o cualquier persona actuando a favor del Asegurado bajo esta póliza, todos los beneficios en virtud del mismo se perderán.

**SUBROGACION-** En caso de que Usted sufra una pérdida como resultado de una negligencia, delito o cualquier otra responsabilidad de un tercero, la Compañía tiene el derecho a recuperar y ser reembolsada por cualquier pago de reclamo que se haya efectuado a su nombre, en la medida que usted ha recibido un reembolso parcial o completo de cualquier tercero responsable de dicha pérdida. Este derecho es conocido como Subrogación. La Compañía tiene el derecho de proceder a su propio costo en nombre del Asegurado, contra un tercero el cual es responsable de haber causado un reclamo bajo esta póliza, o a quien pueda ser responsable de proveer indemnización o beneficios similares a los de este seguro. La Compañía tiene el total derecho de Subrogación.

**EXAMENES FISICOS-** La Compañía a su propio costo, tiene el derecho y la oportunidad de escoger un Médico que examine a cualquier Asegurado cuya Lesión Corporal o Enfermedad sean las bases de un reclamo cuando y tan pronto como sea considerado razonablemente requerido mientras el reclamo está pendiente. En caso de que un Médico adecuado (según determine la Compañía) no pueda ser localizado en el País de Residencia del Asegurado, o donde quiera que el Asegurado se encuentre para recibir tratamiento, cuando el reclamo está pendiente, la Compañía, a su opción y costo tendrá el derecho, pero no la obligación de transportar al Asegurado a Miami, Florida y que sea examinado por un Médico que allí sea escogido. El Asegurado deberá poner a disposición de la Compañía todos los reportes y registros médicos, y cuando se requiera, deberá firmar todas las formas de autorización necesarias para proveer a la compañía con el historial médico completo.

**COOPERACION DEL RECLAMANTE-** La falta de un demandante de cooperar con la Compañía o el Administrador en la administración del reclamo puede resultar en la terminación de la reclamación. Dicha cooperación incluye, pero no está limitada a, proveer cualquier información o documentos que sean necesarios para determinar si los beneficios son pagaderos o el monto del beneficio real debido.

**NEGATIVA A PROPORCIONAR LOS REGISTROS MEDICOS-** Ninguna reclamación bajo esta Póliza será pagadera a menos que y hasta que todos los registros médicos pasados y presentes del Asegurado, según sea requerido por la Compañía, o su Administrador, Morgan-White Administrators International, Inc., en conformidad a la autorización del Asegurado, hayan sido producidos por el proveedor de servicios médicos o medicamentos pasado y presente 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 efectuará bajo juramento ya sea estenográficamente o mediante cinta grabada. El examen deberá ser programado en conformidad con la notificación de la Compañía y se llevará a cabo cuando y donde se considere necesario por la Compañía o el Administrador. El examen deberá ser conducido por un representante designado de la Compañía o el Administrador.

**PAIS DE RESIDENCIA-** Ninguna reclamación bajo esta Póliza será pagadera a menos que en el momento en que la Incapacidad Total comience, el Asegurado estaba residiendo en Su País de Residencia, excepto que el Asegurado previamente haya notificado a la Compañía de cualquier cambio de Su País de Residencia dentro de un plazo de treinta (30) días de ocurrido dicho cambio y la Compañía haya específicamente aprobado este cambio en la Póliza con el nuevo País de Residencia.

**RECUPERACION DEL EXCESO DE PAGO-** Si los beneficios son pagados en exceso, o pagados por error, la Compañía tiene el derecho a recuperar la cantidad pagada en exceso, o pagada por error por cualquiera o todos los siguientes métodos:

- 1) una petición de pago total de la cantidad pagada en exceso, o pagada por error;
- 2) la reducción de las ganancias a pagar en virtud de esta póliza por el monto de la cantidad pagada en exceso, o pagada por error; o
- 3) cualquier medio legal.

**DEVOLUCION DE PRIMA-** Usted debe continuar pagando las primas hasta que su reclamación sea aprobada. Si su reclamo es aprobado, Le haremos devolución de cualquier prima que Usted haya pagado a partir de la fecha en que se incapacito.

**NOTIFICACION DE RECLAMACIONES:** Escriba, llame o envíe un fax o correo electrónico a:

Morgan White Administrators International, Inc.  
75 Valencia Ave, Suite #801  
Coral Gables, FL 33134  
Teléfono: (305) 442-0899  
Fax: (305) 442-0961  
Correo electrónico: [intlclaims@morganwhite.com](mailto:intlclaims@morganwhite.com)

**Fuera del horario de oficina y/o los fines de semana contacte:**

Teléfono : (305) 476-0022  
Fax : (305) 442-0961

## **PROVISIONES GENERALES**

**BENEFICIARIO DESIGNADO-** El Asegurado podrá designar el beneficiario para recibir el Beneficio por Muerte Accidental proporcionando a la Compañía una notificación por escrito. Dicha designación puede ser cambiada por el Asegurado en cualquier momento por escrito sin la aprobación o el permiso del beneficiario previamente designado a menos que se haya requerido que el Beneficiario Designado previamente sea irrevocable.

**REPRESENTACION ERRONEA DE LA EDAD/O EL SEXO-** Si Su edad o sexo ha sido erróneamente indicado, Sus beneficios serán ajustados para reflejar el monto de la prima que Usted hubiera comprado de haber sido indicado la edad y el sexo correcto. Sin embargo, si no fuera elegible para cobertura con la edad correcta, Usted no será cubierto y se le devolverán todas las primas pagadas.

**EL CONTRATO EN SU TOTALIDAD-** Significa el documento como tal, incluyendo la solicitud para cobertura, la póliza, el Certificado de Cobertura, Provisiones, Definiciones, Condiciones, Exclusiones y cualquier Enmienda o Aprobación.

**AUTORIDAD-** Ningún representante, corredor o cualquier otra persona tiene autoridad para modificar la póliza o para eliminar ninguna de sus provisiones. Ningún cambio a esta póliza será válido hasta que no sea aprobado por escrito por uno de los funcionarios autorizados de la Administradora. Esta aprobación se consignara en, o adjuntara a esta póliza mediante una enmienda o aprobación firmada por el evaluador de riesgo del Administrador.

**TITULO DE LA SECCION-** Los títulos de cada sección indicados en esta póliza están incluidos solo para su conveniencia y no modifican o controlan el alcance de cualquiera de las disposiciones de esta póliza.

**LEY VIGENTE-** Cualquier asunto relacionado con la interpretación de esta póliza, incluyendo cualquier asunto relacionado con la representación del Asegurado, en conexión con la solicitud para cobertura o la emisión de este seguro deberá ser resuelto de acuerdo a las leyes de Bermuda.

**TERMINACION-** Esta póliza termina en la primera de las siguientes:

1. La fecha de caducidad indicada en el Certificado; o
2. El final del periodo por el cual la prima ha sido pagada, si la prima no es pagada para el final del periodo de gracia, o la fecha de aniversario después de que el Asegurado cumple los 69 años de edad; o
3. La fecha en que recibido Su notificación por escrito solicitando la cancelación de esta póliza; o
4. La fecha de Su fallecimiento; o
5. Una vez que el Beneficio de Incapacidad ha sido pagado totalmente bajo esta póliza, ya sea el pago Mensual Opcional o la Suma Total.

**CONSIDERACION-** Esta póliza es emitida en consideración con la solicitud y el pago de la prima inicial. Las primas deben ser pagadas en Dólares Americanos. La prima inicial no constituye la aceptación automática de la solicitud ni la admisión en el plan de seguro. La aceptación del solicitante es basada en el criterio de suscripción de la Compañía. En caso de que la solicitud sea declinada, la responsabilidad de la Compañía está limitada a una notificación por escrito al solicitante y el reembolso de la prima inicial en su totalidad.

**FECHA DE EFECTIVIDAD-** Este Certificado es efectivo a las 12:01 a.m. Tiempo Estándar en Su residencia, en la Fecha de Vigencia de la póliza que aparece en el Certificado de Cobertura. Termina a las 12:01 a.m. Tiempo Estándar en Su residencia en la fecha de renovación en que el pago de la prima se deba.

**INDEPENDENCIA DE LAS CLAUSULAS-** Si cualquier Provisión de esta póliza se encuentra inaplicable, dicha Provisión debe ser considerada independiente de cualquier otra Provisión existente en esta póliza y dichas Provisiones existentes deben permanecer en pleno vigor y efecto.

## CONDICIONES GENERALES

El Asegurado, en todo momento debe tomar precauciones razonables para prevenir un Accidente, pérdida o lesión.

Si el Asegurado ejerciera cualquier ocupación en la cual podría incurrir en un riesgo más alto que el de la ocupación declarada a la Compañía sin primeramente haberlo notificado y haber obtenido por parte del Suscriptor el acuerdo por escrito a través de una enmienda al Seguro (sujeto al pago de prima adicional razonable que los Suscriptores puedan requerir como consideración de dicho acuerdo), entonces ninguna reclamación será pagadera con respecto a cualquier Accidente que surja de o en el curso de esa ocupación.

Si las circunstancias en las cuales el seguro fue emitido cambiaran materialmente, entonces esta póliza quedara anulada.

La debida observancia y cumplimiento de los términos, condiciones y limitaciones de esta póliza en la medida en que se refieren a algo que hacer o cumplir con el Asegurado, y la verdad de las declaraciones y respuestas expuestas en la solicitud, deberán ser condiciones precedentes de cualquier responsabilidad del Suscriptor para hacer cualquier pago bajo esta póliza.

Si cualquier reclamo bajo esta póliza fuera en cualquier aspecto fraudulento o si cualquier medio fraudulento o dispositivos son usados por el Asegurado o cualquier persona actuando en favor del Asegurado bajo esta póliza, en virtud del mismo todos los beneficios serán perdidos.

Si un Asegurado hace cualquier declaración falsa en el curso de la presentación de una reclamación bajo esta póliza u omite información relevante en respuesta a una pregunta o la investigación de la Compañía o el Administrador, o atestigua falsamente durante la Examinación Bajo Juramento, ningún beneficio bajo esta póliza será pagadero.

Esta póliza será anulada o invalidada a menos que el Administrador sea notificado de cualquier cambio del País de Residencia de facto del Asegurado dentro de los treinta (30) días de dicho cambio. Todos los términos y condiciones estarán sujetos a revisión en caso de cambio del País de Residencia de facto.

Esta póliza será anulada o invalidada si en el momento en que el Asegurado quede Incapacitado Totalmente, o sufre Muerte Accidental, ha estado presente en los Estados Unidos de América por lo menos por ciento ochenta días (180) consecutivos.

El representante legal del Asegurado tendrá el derecho de actuar a favor del Asegurado que se encuentra Incapacitado o fallece.

En caso de que la Compañía cancele o invalide esta póliza debido a la falta por parte del Asegurado de declarar su historial médico pasado o cualquier condición Pre-Existente, la Compañía se reserva el derecho a recuperar todos los gastos y honorarios incurridos en investigar razonablemente esos asuntos no revelados plenamente. La recuperación puede llevarse a cabo de cualquier manera legal, incluyendo la deducción de esos gastos y honorarios de cualquier otro modo primas no consumidas por el asegurado.

Cualquier Asegurado cubierto bajo esta póliza no podrá coleccionar beneficios de ambos, el Beneficio Mensual, si es escogido y/o el Beneficio de Suma Total, estos beneficios **NO** son acumulativos. El beneficio máximo pagadero bajo esta póliza es el monto estipulado en el Certificado de Cobertura.

Si un Asegurado o la Compañía cancelan este seguro después de que ha sido emitido, la Compañía hará devolución de la porción de la prima pagada, menos cualquier honorario y gasto pagado. La porción de la prima no devengada es basada en el número de meses correspondientes al modo de pago. Los gastos incluyen comisiones, manejo de reclamaciones y costos administrativos.