



## **Seguro de Incapacidad de 60 Meses Con Opción de Valor Acumulado Emitido por AmFirst Life Insurance Company, I.I.**

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

**NOTIFICACIÓN IMPORTANTE SOBRE LAS DECLARACIONES EN LA SOLICITUD.** Por favor lea la copia de la solicitud que es parte de esta póliza. Verifique para asegurarse que no se haya omitido ninguna parte del historial médico. Escriba al Administrador en un plazo de diez (10) días en caso de cualquier información que aparezca sea incorrecta o esté incompleta. La póliza se emite asumiendo que las respuestas a todas las preguntas son correctas y completas. Cualquier omisión o cualquier declaración que no sea correcta puede causar que la Compañía niegue los beneficios, endose, enmiende o rescinda la cobertura del Asegurado.

### **RENOVABLE HASTA LA EDAD DE 68**

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

**DERECHO A REVISIÓN.** Si por alguna razón, Usted no está satisfecho con la póliza, Usted puede devolverla al Administrador en un plazo de diez (10) días luego de que Usted la reciba. Usted debe devolverla al Administrador por correo, o al Agente que se la vendió. El Administrador le devolverá entonces cualquier prima y la póliza quedará nula, como si nunca se hubiera emitido ninguna póliza.

**OPCIÓN DE BENEFICIO EN EFECTIVO.** Esta póliza le pagará el Beneficio de Valor Acumulado si la póliza ha estado vigente por un mínimo de diez (10) años consecutivos. El Beneficio de Valor Acumulado será un porcentaje de la Prima Original que fue pagada, menos los Reclamos Pagados, tal y como se muestra en la Tabla de Beneficios de Valor en Efectivo en la página seis (6) bajo Provisiones de Beneficios de esta póliza.

AMFIRST LIFE INSURANCE COMPANY, I.I.

El Beneficio por Incapacidad de esta póliza está reasegurado por Lloyd's, London.  
El Beneficio de Valor Acumulado de esta Póliza está suscrito y garantizado por AmFirst Life Insurance Company, I.I.

## Contenido

DEFINICIONES .....	3
MONTO DE BENEFICIO DE INCAPACIDAD .....	5
OPCION DE VALOR ACUMULADO- PAGO DEL BENEFICIO.....	5
EXCLUSIONES .....	6
PRIMAS PROVISIONES DE RENOVACION.....	8
PROVISIONES GENERALES.....	9
CONDICIONES GENERALES.....	12

## DEFINICIONES

1. **ACCIDENTE/ACCIDENTAL** significa cualquier evento repentino e inesperado que ocurra durante el periodo de la póliza y que resulte en una lesión al Asegurado, independiente de una enfermedad o un trastorno corporal, cuya causa sea o una de las causas sea externa al propio cuerpo del asegurado y que ocurra fuera del control del asegurado y que cause una incapacidad total del Asegurado en un plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días a partir del momento en que tuvo lugar, y cuya ocurrencia sea independiente a cualquier otra causa.
2. **PROVISION ACTIVA** significa que el Asegurado puede realizar todas las labores materiales de su ocupación en la Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura. Si el Asegurado no cumple con la Provisión Activa, la cobertura no será efectiva hasta el momento en el que el Asegurado pueda realizar todas las labores materiales de su ocupación.
3. **EDAD** significa Su edad en Su último cumpleaños. El término "Edad" seguido por un nombre, como Edad 69, significa al aniversario de la póliza en, o después, su cumpleaños 69.
4. **SOLICITANTE** significa el individuo que realizó la solicitud para la cobertura.
5. **FECHA DE ANIVERSARIO** significa la fecha de renovación de la póliza.
6. **DAÑOS CORPORALES** significa una lesión física identificable que:
  - a) haya sido causada por un Accidente ocurrido durante el periodo de cobertura bajo esta póliza, y
  - b) no haya sido auto infligida, y
  - c) provoque, independientemente de cualquier otra causa, salvo Enfermedad directamente resultante de la misma, un tratamiento médico o quirúrgico necesario por dicha lesión, la Incapacidad Total del Asegurado durante los primeros trescientos sesenta y cinco 365 días a partir de la fecha del Accidente, y
  - d) ocurra durante la vigencia de esta póliza, y
  - e) no ocurra mientras participa en una actividad de riesgo o en un deporte de riesgo, tal y como se definen en el párrafo 18.
7. **BENEFICIO OPCIONAL DE VALOR ACUMULADO** significa la cantidad de prima reembolsada al asegurado que paga las primas por un periodo específico de tiempo y mantiene la póliza en pleno vigor por una cantidad de tiempo específica. La cantidad del Beneficio 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 las caracterizaciones o grupos de todas las pólizas del mismo tipo, que incluyen, pero no se limitan a: deducibles, fecha de la generación de la póliza, edad del asegurado, grupo, área geográfica, planes o combinación de lo anterior.
9. **COMPAÑÍA, la Compañía, nosotros, nuestros** significa AmFirst Life Insurance Company, I.I.
10. **PAÍS de RESIDENCIA** significa el país declarado en solicitud para cobertura. Si el Asegurado cambia su País de Residencia, el asegurado debe notificar inmediatamente al Administrador sobre el nuevo País de Residencia. Si no lo hace, esto puede resultar en la cancelación o terminación de la cobertura.
11. **MONEDA** significa dólares americanos a menos que se establezca lo contrario.
12. **INVALIDEZ TOTAL / TOTALMENTE INCAPACITADO / INCAPACIDAD TOTAL** significa que como resultado de un Accidente o Enfermedad cubiertos, el Asegurado es completamente incapaz de realizar las responsabilidades materiales de su ocupación regular, tal y como se indica en la póliza, por todo el Periodo de eliminación, y que el Asegurado está bajo cuidado regular de un Médico y que dicho cuidado es apropiado para la condición que ha causado la Incapacidad Total durante la duración de dicha Incapacidad Total, , y el empleador del Asegurado ha dejado de pagar el salario y / o compensación al Asegurado.
13. **FECHA DE VIGENCIA** significa la fecha en la que la cobertura inicia; que debe ser a las 12:01 a. m. hora estándar del domicilio del Asegurado y en la fecha que aparezca en el Certificado de Cobertura, y debe terminar a las 12:01 a. m. hora estándar del domicilio del Asegurado en la fecha de vencimiento para cualquier renovación de la prima.
14. **PERIODO DE ELIMINACIÓN** significa el periodo de tiempo mostrado en la póliza, durante el cual el asegurado debe estar continuamente Incapacitado Totalmente, antes de que sean pagaderos los beneficios.

15. **EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD** significa que el Asegurado debe haber firmado una solicitud en relación a su historial médico que incluya la autorización para la que Compañía obtenga información sobre la salud del Asegurado.
16. **PERIODO DE GRACIA** significa dicho periodo de tiempo luego de que la póliza ha caducado debido a la falta de pago de la prima, durante el cual el Asegurado continua con cobertura, pendiente del recibo, por parte del Administrador del pago completo de la prima que se adeuda. La Compañía permitirá un Periodo de Gracia de treinta días (30), siempre que se reciba el pago completo durante o antes el final de dicho periodo.
17. **ACTIVIDADES DE RIESGO O DEPORTES DE RIESGO** significa cualquier actividad o deporte que exponga al participante a cualquier peligro o riesgo evitable con una falta de predictibilidad, incluso si el peligro o el riesgo pueden ser predecibles. Ejemplos de actividades de riesgo o deportes de riesgo, incluyen, pero no están limitadas a: paracaidismo, alpinismo, escalar en roca, rodeo, corridas de toros, cualquier tipo de deporte de aviación, exploración de cuevas o agujeros en la tierra, rafting o navegar en canoa, parapente, ala delta, esquí acuático con paracaídas, eventos deportivos en los que el objetivo sea alcanzar el mejor tiempo, competencias de motocicletas, deportes motorizados competitivos, buceo a profundidades mayores a los 30 metros, boxeo, competencias a caballo, salto de bungee, polo, participación en cualquier deporte extremo o participación en cualquier deporte para obtener compensación o como profesional.
18. **ASEGURADO (S)** significa el individuo para el cual se completó la solicitud, dichos individuos cuyos nombres han sido declarados en el formulario de solicitud, y cuyo comienzo de la cobertura se ha confirmado por la Compañía en el Certificado de Cobertura, y a quienes una póliza ha sido emitida y para quienes se ha pagado una prima. El representante legal de un Asegurado tiene el derecho de actuar en nombre de un Asegurado que está incapacitado o que falleció.
19. **ENFERMEDAD** significa enfermedad, mal o trastorno del Asegurado que se manifiesta por primera vez durante el periodo en que la póliza está en vigencia y que es la causa para la Incapacidad Total del Asegurado en un plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días luego de su primera manifestación.
20. **BENEFICIO MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL** significa la cantidad de beneficio pagado mensualmente a un Asegurado Totalmente Incapacitado que ha cumplido con el Periodo de Eliminación de noventa (90) días y el Periodo de Espera (en caso de que aplique). Se indica para el Asegurado en el Certificado de Cobertura. El número máximo de meses a pagar el Beneficio Mensual por Incapacidad Total es de sesenta (60).
21. **FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO** significa el día de vencimiento del pago de la prima, tal y como se establece en la Certificado de Cobertura.
22. **MÉDICO o DOCTOR** significa una persona que no tiene parentesco al Asegurado por sangre o por matrimonio, y que no vive con el Asegurado, que tiene licencia para ejercer la medicina como un Doctor y que actúa dentro del ámbito de su experiencia al otorgar tratamiento al Asegurado.
23. **ENFERMEDADES PREEXISTENTES** significa cualquier enfermedad o trastorno por el cual (A) se ha recomendado o recibido asesoría médica o tratamiento de parte de un médico en un periodo de cinco (5) o (B) los síntomas estuvieron presentes durante un periodo de cinco (5) años y dichos síntomas causarían que una persona razonable buscara asesoría o tratamiento médico por parte de un Médico.
24. **PRUEBA DE PÉRDIDA** significa un formulario de reclamación completado, que incluya la Declaración del Médico que Atendió (APS, por sus siglas en inglés) y cualquier documentación adicional que la Compañía pueda requerir de forma razonable.
25. **PERÍODO DE ESPERA** significa el tiempo que inicia en la Fecha de entrada en vigor o Fecha de Reinstalación de la póliza y concluyendo noventa (90) días después. No se pagará ningún reclamo por enfermedades que se manifiesten o causan Incapacidad al Asegurado durante este tiempo.
26. **USTED, DE USTED O USTED MISMO** significa el Asegurado

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

Después de noventa (90) días consecutivos de Incapacidad Total, a partir después de cualquier Periodo de Espera aplicable, la Compañía pagará a la Persona Asegurada el Beneficio Mensual equivalentes a la cantidad elegida en la solicitud y listada en el Programa de Cobertura por un máximo de sesenta (60).

### **TERMINACIÓN DEL BENEFICIO MENSUAL POR INCAPACIDAD OPCIONAL.**

Los Beneficios Mensuales por Incapacidad cesarán para el Asegurado cuando ocurra lo primero de lo siguiente:

- 1) la fecha en que el Asegurado ya no esté Incapacitado,
- 2) la fecha en que el Asegurado muera,
- 3) después que se hayan pagado sesenta (60) meses de Beneficio Mensual por Incapacidad,
- 4) cuando la Compañía determine que se ha hecho una declaración falsa,
- 5) cuando no se pague la prima.

La Póliza no se renovará después de la fecha del aniversario de esta póliza luego del cumpleaños 68 del asegurado. **BENEFICIO EN EFECTIVO OPCIONAL - PAGO DEL BENEFICIO**

El Beneficio en Efectivo 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.

El Beneficio de Valor Acumulado se calculará sobre la prima original menos cualquier reclamo pagado y en conformidad con la Tabla de Valor Acumulado que se encuentra a continuación:

<b>Año de Certificado</b>	<b>Porcentaje de devolución 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 legal por cualquier reclamo por la Incapacidad Total o por cualquier otro beneficio bajo esta póliza que sea causado por, contribuido a, ocasionado por, o que haya surgido de:

- A. Guerra, invasión, acto realizado por un enemigo extranjero, operación hostil o de guerra (ya sea guerra declarada o no) o guerra civil.
- B. Motín, disturbio, huelga, levantamiento militar o popular, insurrección, revolución, poder usurpado o tomado por militares.
- C. Cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre o en conexión con cualquier organización con actividades dirigidas hacia el derrocamiento por fuerza de un gobierno actual o de facto, o para influenciarlo por el terrorismo o la violencia.
- D. Ley marcial o estado de sitio o cualquier evento o causa que determine la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio.
- E. Cometer o tratar de cometer una ofensa criminal, o provocar una agresión, una autolesión intencional, suicidio intento de suicidio (ya sea un delito o no), combate o pelea (salvo que sea en defensa propia de buena fe).
- F. Cualquier acto de terrorismo.
- G. Cualquier contaminación radioactiva.
- H. Agentes nucleares/químicos/biológicos.
- I. Enfermedades mentales, demencia, enfermedad de Alzheimer, trastornos psiquiátricos, psicológicos o conductuales o el tratamiento requerido.
- J. Cualquier Actividad de Riesgo y Deportes de Riesgo.
- K. Lesiones corporales sufridas mientras se estaba bajo la influencia de un licor o drogas embriagantes (salvo las que se tomaron de acuerdo con un tratamiento recetado por un Médico, pero no para tratamiento para la adicción a las drogas) o mientras el Asegurado tenía un nivel de alcohol en la sangre de .08 por ciento o más, o mientras el Asegurado estaba por arriba del límite del consumo de alcohol en la jurisdicción en la que ocurrió el evento.
- L. Alcoholismo y abuso del alcohol.
- M. Afecciones preexistentes: esta póliza no ofrece beneficios por una pérdida ocasionada debido a una Afección Preexistente tal y como se define en la póliza, a menos de que esta haya sido mencionada en la solicitud y solo si la Compañía la ha asegurado y ha acordado por escrito la cobertura de dicha afección, y entonces solo en conformidad con los términos, condiciones y exclusiones específicos que pueden aplicarse a dicha Afección Preexistente.
- N. El Virus de Inmuno Deficiencia Humana (HIV, por sus siglas en inglés) y/o la enfermedad del VIH, que incluyen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y/o cualquier derivado mutante o variaciones de la misma.
- O. Cualquier Lesión Corporal o Enfermedad por la cual el Asegurado no esté bajo cuidado regular de un médico que sea apropiado para dicha Enfermedad de Lesión Corporal y su duración.
- P. Cualquier tratamiento por Lesiones Corporales o Enfermedad que no haya sido autorizado o recetado por un Médico.
- Q. Ningún reclamo para beneficios de Discapacidad Total basada en accidente o enfermedad en la cual no haya existido un evento detonante. Un evento detonante para un accidente es el accidente en sí mismo. El accidente que resulte en la Discapacidad Total debe ser un evento único e identificable que ocurra durante el tiempo en que esta póliza está en efecto. Un evento detonante para una enfermedad es el diagnóstico por parte de un Médico de una enfermedad o trastorno que cause una Discapacidad Total y que aparezca primero (o se manifieste) cuando esta Póliza está en efecto.
- R. Cualquier tratamiento por, o atención por parte de un miembro de la familia.

- S. Cualquier Enfermedad que se manifieste durante los primeros noventa (90) días luego de la inclusión de un Asegurado a este seguro. Este no está cubierto durante la vida de esta póliza.
- T. Cualquier Enfermedad que se manifieste durante los primeros noventa (90) días luego de la inclusión de un Asegurado a este seguro. Este no está cubierto durante la vida de esta póliza.
- U. Viaje en avión, excepto como pasajero en una aeronave de motores múltiples y alas fijas.
- V. Cualquier Accidente o Enfermedad que, al momento del accidente o cuando la Enfermedad se manifestó inicialmente, el Asegurado estaba viviendo en Estados Unidos de América por más de ciento ochenta (180) días consecutivos

## PROVISIONES DE PRIMAS Y RENOVACIONES

**PAGO DE PRIMAS.** Esta póliza se emite en consideración con la solicitud y el pago de la prima inicial. Las primas deben pagarse en dólares americanos. La prima inicial no constituye una aceptación automática de la solicitud o la admisión al plan de seguro. La aceptación de un solicitante se basa en el criterio de evaluación de riesgo de la Compañía. En el caso de que la solicitud se rechace, la responsabilidad de la Compañía se limita a la notificación por escrito al solicitante, y al reembolso de la prima inicial.

**INICIO DE COBERTURA.** La cobertura de seguro se otorga después de que la solicitud ha sido revisada y aprobada, la póliza se ha emitido, la prima se ha pagado al Administrador en conformidad con la forma de pago especificada en el Certificado de Cobertura, y el Asegurado ha cumplido con la Provisión Activa.

**CONDICIONES DE RENOVACIÓN.** La póliza es un contrato anual que, hasta que termine, debe ser renovado en la fecha del aniversario como se indica a continuación, siempre que:

1. no se haya otorgado una notificación de cancelación por lo menos un mes antes de la renovación,
2. la prima pendiente se haya pagado antes de la fecha de expiración, y
3. el Asegurado no haya violado ninguna de las condiciones de esta póliza.

La Compañía, a través de un corredor asignado, deberá ofrecer la renovación de esta póliza a las tarifas y en los términos prevalecientes al momento para la Clase del Asegurado. Dicha oferta puede ser aceptada por el pago de la renovación de la prima en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de renovación. Una vez realizado el pago se emitirá un nuevo Certificado de Cobertura como evidencia de que el seguro está vigente. Si estas condiciones no se cumplen, la póliza se cancelará. Cualquier incremento en la tarifa de la póliza se hará solo por Clase de Asegurado y no por el Asegurado como individuo.

**ESTIPULACIONES DE REINSTALACION.** Si la póliza se cancela debido a que no se paga una prima al final del Periodo de Gracia, Usted puede solicitar la reinstalación de esta póliza en cualquier momento hasta que la primera prima no pagada tenga noventa (90) días de vencida. Para poder reinstalar la póliza, se deben cumplir tres requisitos:

1. Usted debe presentar una solicitud de Reinstalación con evidencia de que califica para ser Asegurado; y
2. la Compañía debe aprobar la solicitud de Reinstalación; y
3. Usted debe pagar la cantidad total adeudada de la prima.

Si la Compañía aprueba su solicitud de Reinstalación esta póliza se reestablecerá en la fecha de la aprobación, pero no cubrirá ninguna Incapacidad causada por:

1. Enfermedades que se manifestaron inicialmente en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de Reinstalación; o
2. Cualquier trastorno que esté excluido por nombre o descripción.

En cualquier otro respecto, Usted y la Compañía tendrán los mismos derechos que Usted y la Compañía tenían bajo la póliza inmediatamente antes de la fecha de terminación, sujeto a cualquier Disposición endosada o anexada a la misma, en relación con la Reinstalación.

**DISPUTAS Y PROCEDIMIENTOS 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 dicha Ciudad. 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 Agentes 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 GENERALES

**PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN.** La notificación de un reclamo debe hacerse en un plazo de treinta (30) días a partir del inicio de la Incapacidad Total o de la Muerte del Asegurado que haya resultado de un Accidente, dicha notificación debe hacerse por escrito a la Compañía a la dirección del Administrador, Morgan White Administrators International, Inc. La notificación debe presentarse por fax, correo electrónico o por correo postal.

La fecha del recibo por parte de la Compañía del Administrador será la fecha de la notificación. El no presentar una notificación de reclamo en un plazo de treinta (30) días a partir del inicio de la Incapacidad Total o de la muerte, servirá para anular el reclamo. Una vez que se haga la notificación de Incapacidad Total, el Administrador le entregará a Usted o a su representante un formulario de reclamo para presentar una Prueba de Pérdida. La Prueba de Pérdida debe completarse y devolverse al Administrador en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en la que le fue enviada a Usted o a su representante. No se pagarán beneficios bajo esta póliza hasta que se haya entregado una Prueba de Pérdida completa y cualquier Periodo de Eliminación aplicable haya pasado.

**TIEMPO DE LA PÉRDIDA.** La pérdida debe ocurrir mientras esta póliza está en efecto.

**PAGO DE RECLAMOS.** Los beneficios pagaderos bajo esta póliza por cualquier pérdida para Usted y su Beneficiario Designado (como se muestra en la solicitud para cobertura) en el momento en el que la compañía ha corroborado la pérdida y todos los términos y condiciones de la póliza se han cumplido, se pagarán en dólares estadounidenses.

A su exclusivo criterio, la Compañía tendrá el derecho, pero no la obligación de hacer cualquier pago de reclamos bajo la reserva de derechos y sin perjuicio a sus derechos en el caso de que algunos aspectos del reclamo no estén resueltos o en estén en disputa.

**PAGO AL BENEFICIARIO DESIGNADO.** Si usted lo solicitó, el pago para los beneficios de Incapacidad Total a Su Beneficiario Designado, o el pago del Beneficio por Muerte a Su Beneficiario Designado servirá como una completa liberación de responsabilidades de las obligaciones de la Compañía bajo esta Póliza para dicho beneficio.

**FRAUDE.** La presentación de un reclamo fraudulento será la base para la cancelación de la póliza por parte de la Compañía. Si cualquier reclamo bajo esta póliza es fraudulento en cualquier aspecto o si cualquier medio o implemento fraudulento se utiliza por parte del Asegurado o por parte de cualquier persona en nombre del Asegurado bajo esta póliza, todos los beneficios de la misma se anularán.

**SUBROGACIÓN.** En el caso de que Usted sufra una pérdida como resultado de la negligencia, delito o cualquier otra responsabilidad de un tercero, la Compañía tiene el derecho de recuperar y ser reembolsada por los pagos de dicho reclamo que sean hechos a Su nombre, hasta que Usted reciba una recuperación parcial o total por parte de cualquier tercero responsable por dicha pérdida. Este derecho se conoce como subrogación. La Compañía tiene el derecho de proceder, a su propio costo, en el nombre del Asegurado, en contra de terceros que puedan ser responsables por causar un reclamo bajo esta póliza, o en contra de quien pueda ser responsable de ofrecer indemnización o beneficios similares a este seguro. La Compañía tiene todos los derechos de subrogación.

**EXÁMENES FÍSICOS.** La Compañía, a su propio cargo, tendrá el derecho y la oportunidad de contar con el Médico de su elección para que examine al Asegurado cuya Lesión Corporal o Enfermedad ha sido la base del reclamo, cuando y tan a menudo como sea razonable y requerido mientras el reclamo está pendiente. En el caso de que un Médico apropiado (tal y como se determine por la Compañía) no pueda ubicarse en el País de Residencia del Asegurado, o en donde esté ubicado el Asegurado para tratamiento mientras el reclamo está pendiente, la Compañía, a su propia opción y cargo tendrá el derecho, pero no la obligación, de transportar al Asegurado a Miami, Florida, y de que este sea examinado por un Médico de su elección en dicha ciudad. El Asegurado pondrá a disposición de la Compañía todos los reportes y expedientes médicos y, cuando se requiera, firmará los formularios de autorización necesarios para otorgar a la Compañía un historial médico completo y total.

**COOPERACION DEL RECLAMANTE.** Si el reclamante no coopera con La Compañía o con su Administrador en la administración de un reclamo, esto puede resultar en la terminación de dicho reclamo. Dicha cooperación incluye, pero no se limita a, otorgar cualquier información o documentos necesarios para determinar si los beneficios son pagaderos o la cantidad de beneficio adeudada.

**NEGATIVA A OTORGAR EXPEDIENTES MÉDICOS.** Ningún reclamo bajo esta póliza será pagadero a menos y hasta que todos los expedientes médicos pasados y actuales del Asegurado, como fueron solicitados por la Compañía, por su Administrador, Morgan White Administrators International, Inc., en conformidad a la autorización del Asegurado, se hayan otorgado por los proveedores actuales y pasados de servicios médicos o medicamentos del Asegurado.

**ENTREVISTA BAJO JURAMENTO.** La Compañía tendrá el derecho de obtener una entrevista bajo Juramento del Asegurado y/o de su Beneficiario Designado o de su representante legal, que será tomada bajo juramento y que será registrada en cinta de audio o de forma estenográfica. La entrevista será programada en conformidad a notificación de la Compañía y puede ser realizada cuando y donde se determine necesario por parte de la Compañía o su Administrador. La entrevista puede realizarse por un representante designado de la Compañía o de su Administrador.

**PAÍS DE RESIDENCIA.** No se pagará ningún reclamo bajo esta póliza a menos que al momento de que inicie la Incapacidad Total o que ocurra la Muerte Accidental, el Asegurado esté viviendo en su País de Residencia, o a menos que el Asegurado previamente haya notificado a la Compañía del cambio de su País de Residencia en un plazo de treinta (30) días de dicho cambio y la Compañía haya específicamente respaldado la póliza con el nuevo País de Residencia.

**RECUPERACIÓN DE PAGOS EXCESIVOS.** Si hay beneficios pagados de más o pagados por error, la Compañía tiene el derecho de recuperar la cantidad pagada en exceso, o pagada por error, por uno o todos de los siguientes métodos: (1) una solicitud del pago de la cantidad total por el monto que se pagó en exceso, o que se pagó por error, (2) por la reducción de cualquier cantidad pagadera bajo esta póliza por la cantidad pagada en exceso o pagada por error, o (3) a través de cualquier otro medio legal.

**REEMBOLSO DE PRIMAS.** Usted debe continuar pagando la prima hasta que su reclamo haya sido aprobado. Si Su reclamo es aprobado, Nosotros reembolsaremos cualquier prima que Usted haya pagado a partir de la fecha en que Usted quedó discapacitado.

**PARA REPORTAR UN RECLAMO:** Escriba, llame, envíe un fax o un correo electrónico, a:  
Morgan White Administrators International, Inc.  
75 Valencia Ave, Suite #801  
Coral Gables, FL 33134  
Teléfono: (305) 442-0899

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

Para horas fuera del horario de oficina y para el contacto en fines de semana:  
Teléfono: (305) 442-0899  
Fax: (305) 442-0961

## ESTIPULACIONES GENERALES

**BENEFICIARIO DESIGNADO.** El Asegurado puede designar un beneficiario designado para recibir el Beneficio de Muerte Accidental al entregar a la compañía una notificación por escrito en el formulario de solicitud. Dicha designación puede cambiarse por escrito en cualquier momento por parte del Asegurado sin el permiso del Beneficiario Designado previo, a menos que se haya designado un estado de irrevocable para el beneficiario designado previo.

**DECLARACIÓN ERRÓNEA DE EDAD Y/O GÉNERO.** Si Su edad o género fueron declarados de forma errónea, Sus beneficios se ajustarán para reflejar la cantidad que Su prima hubiese comprado con Su edad y género correctos. Sin embargo, si no se hubiese otorgado una cobertura con su edad correcta, Usted no estará cubierto y Nosotros reembolsaremos las primas pagadas.

**CONTRATO ENTERO.** Significa el documento, lo que incluye la solicitud de cobertura, la póliza, el Certificado de Cobertura, las Disposiciones, Condiciones, Exclusiones y cualquier Enmienda o Endoso.

**AUTORIDAD.** Ningún agente, corredor, ni ninguna otra persona tiene la autoridad de cambiar la póliza o renunciar a ninguna de sus disposiciones. Ningún cambio a esta póliza será efectivo hasta que sea aprobado por escrito por uno de los funcionarios autorizados del Administrador. Esta aprobación debe indicarse o adjuntarse al presente Acuerdo a través de una enmienda o endoso firmado por un Agente de seguros del Administrador.

**TITULO DE LA SECCION.** Los encabezados de los párrafos en esta póliza, se incluyen solo por conveniencia y no modifican ni controlan en rango de ninguna de las disposiciones de esta póliza.

**LEY VIGENTE.** Cualquier asunto relacionado a la interpretación de esta póliza, lo que incluye cualquier asunto relacionado a las declaraciones del Asegurado en relación a la solicitud para cobertura o a la emisión de este seguro, se resolverá en conformidad con las leyes de Florida.

**TERMINACIÓN.** Esta póliza termina cuando lo primero de lo siguiente ocurra:

1. En la fecha de expiración que se muestra en el Programa; o
2. Al final del periodo para el cual se pagó la prima, si la prima no se paga al final del periodo de gracia; o en la fecha del aniversario luego del cumpleaños 68 del Asegurado; o
3. En la fecha que Nosotros recibamos su solicitud por escrito para terminar esta póliza; o
4. En la fecha de su fallecimiento; o
5. Una vez que se ha pagado el Beneficio por Discapacidad Total bajo esta póliza, ya sea con los pagos mensuales opcionales o el pago del monto total.

**CONSIDERACIÓN.** Esta póliza se emite en consideración de la solicitud y el pago de la prima inicial. Las primas deben pagarse en dólares estadounidenses. La prima inicial no constituye una aceptación automática de la solicitud o la admisión al plan de seguro. La aceptación de un solicitante se basa en el criterio de evaluación de riesgo de la Compañía. En el caso de que la solicitud sea rechazada, la responsabilidad de los Agentes de seguro se limita a la notificación por escrito al solicitante, y al reembolso de la prima inicial.

**FECHA DE EFECTIVIDAD.** Esta póliza inicia a las 12:01 a. m. tiempo estándar de Su lugar de residencia en la fecha Efectiva de la póliza que aparece en el Certificado de Cobertura. Finaliza a las 12:01 a. m. tiempo estándar de Su lugar de residencia en la fecha de vencimiento del pago de renovación.

**INDEPENDENCIA DE LAS CLAUSULAS.** Si se determina que cualquier Provisión de esta póliza no es aplicable, dicha Provisión se considerará excluida del resto de las Provisiones de esta póliza y las Provisiones restantes continuarán en pleno vigor y efecto.

## CONDICIONES GENERALES

El Asegurado deberá, en todo momento, tomar las precauciones razonables para prevenir Accidentes, pérdida o lesión.

Si el Asegurado se involucra en cualquier ocupación que pueda representar un riesgo mayor que la ocupación indicada a la Compañía sin antes notificar a los Agentes de seguro y sin obtener un acuerdo escrito para la enmienda del Seguro (sujeto al pago de dicha prima adicional razonable que los Agentes de seguro pueden requerir en consideración de dicho acuerdo), entonces no se pagará ningún reclamo con respecto a ningún Accidente que surja de, o que ocurra en el curso de dicha ocupación.

Si las circunstancias presentes cuando se inició el seguro cambian de forma material, esta póliza será anulable.

El debido cumplimiento y seguimiento de los términos, condiciones y limitaciones de esta póliza como se relaciona a cualquier cosa que deba de hacerse o cumplirse por parte del Asegurado, y la veracidad de las declaraciones y respuestas a la solicitud para este seguro, serán condiciones precedentes a cualquier responsabilidad legal de los Agentes de seguro para hacer cualquier pago bajo esta póliza.

Si cualquier reclamo bajo esta póliza es fraudulento en cualquier aspecto o si cualquier medio o implemento fraudulento se utiliza por parte del Asegurado o por parte de cualquier persona en nombre del Asegurado bajo esta póliza, todos los beneficios de la misma se anularán.

Si un Asegurado hace una declaración falsa material en el curso de presentar un reclamo bajo esta póliza, o si omite información material en respuesta a una pregunta o solicitud por parte de la Compañía o del Administrador, o testifica de forma falsa durante una Entrevista bajo Juramento, ningún beneficio bajo esta póliza será pagadero.

Esta póliza será nula e inválida a menos que el Administrador sea notificado de cualquier cambio del País de Residencia del Asegurado en un plazo de treinta (30) días a partir del cambio. Todos los términos y condiciones están sujetos a revisión cuando ocurra un cambio en el País de Residencia.

La póliza será nula e inválida cuando el asegurado esté Discapacitado Totalmente, y él o ella haya estado en Estados Unidos por lo menos Ciento Ochenta (180) días consecutivos.

El representante legal de un Asegurado tiene el derecho de actuar en nombre de un Asegurado que está incapacitado o que falleció.

En el caso de que un Agente de seguro cancele o invalide de otra forma esta póliza debido al incumplimiento del Asegurado de revelar su historial médico pasado o sus Condiciones Preexistentes, el Agente de seguros se reserva el derecho a recuperar del Asegurado todos los costos y tarifas en las que incurrió para investigar razonablemente dichos asuntos que no fueron revelados. La recuperación puede lograrse de una forma legal, que incluye la deducción de dichos costos y tarifas de las primas no ganadas o que se adeudan por otra razón al Asegurado.

Si un Asegurado o la Compañía cancelan su seguro después de que ha sido otorgado, la Compañía reembolsará la porción que no ha generado ganancias de la prima, menos los costos y tarifas pagados. La parte que no ha generado ganancias de la prima se basa en el número de meses que corresponden a la forma de pago. Los gastos incluyen comisiones, gestión de reclamos y cuotas administrativas.

Nuestro [Presidente y Secretario] firmaron esta póliza en nuestro nombre.

  
[Presidente]

  
[Secretario]

**AMFIRST LIFE INSURANCE COMPANY, I.I.  
ADMINISTRADOR:**

Morgan White Administrator International, Inc.  
75 Valencia Ave, Suite # 801  
Coral Gables, Florida 33134  
Teléfono: 305-442-0899, Línea Gratuita: 800-995-5335  
Email: customerservice@morganwhiteintl.com