

N.º de póliza _____

Asegurado _____

Solicito la rehabilitación por cambio de fecha de la póliza mencionada anteriormente. Por el presente certifico que el asegurado está vivo a la fecha de esta solicitud. También acepto llenar la siguiente sección con seguridad y en la medida de mi conocimiento. Si este formulario relleno adecuadamente se recibe en nuestra Oficina central en un plazo de 120 días desde la fecha en que se interrumpieron las primas, no tiene que responder a ninguna de las preguntas sobre salud a continuación. Sin embargo, si responde a cualquier pregunta, nos basaremos en sus respuestas a la hora de considerar la rehabilitación de esta póliza.

¿La persona asegurada en virtud de esta póliza ha sido tratada, o le han aconsejado que reciba tratamiento, por cualquier afección relacionada con la salud desde la fecha de la solicitud original? Si el asegurado sigue recibiendo tratamiento o supervisión por una afección que existía cuando se emitió esta póliza originalmente, marque sí.

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, indique a continuación todas las afecciones relacionadas con la salud, las fechas y la duración y el nombre y la dirección de los médicos tratantes. Esta información es necesaria incluso si se indicó previamente en la solicitud original.

El abajo firmante tiene pleno conocimiento de que la póliza se podría rehabilitar a sus términos y condiciones anteriores mediante el pago de todas las primas vencidas. En su lugar, por el presente acepto renunciar al derecho a rehabilitar la póliza del modo descrito anteriormente y elijo pagar la prima que se adeudaría tomando como base la edad actual del asegurado. Recibiré una nueva póliza con la fecha de emisión original ajustada para reflejar las primas vencidas que se añadirán al final de mi término de pago actual. Esta se convertirá en la nueva fecha de emisión. Si la nueva fecha de emisión da lugar a una edad de emisión superior, entiendo que la compañía me exigirá que pague cualquier diferencia en la prima, desde la nueva fecha de emisión.

Acepto además, que si la edad del asegurado ha cambiado antes de la nueva fecha de emisión, la compañía ajustará esos términos y condiciones necesarios para que reflejen la nueva edad de emisión. Entiendo que con la rehabilitación y reemisión de la póliza, el valor actual de todos los beneficios puede ser inferior al de aquellos previos al incumplimiento de las primas.

Entiendo que:

- La póliza no se rehabilitará hasta que esta solicitud se reciba y apruebe por parte de la Oficina central de Homesteaders Life Company, Des Moines, Iowa, durante la vida del asegurado.
- Ninguna prima pagada por adelantado para rehabilitar la póliza será vinculante para la compañía hasta que la solicitud de rehabilitación sea recibida y aprobada por la Oficina central.
- Homesteaders tiene derecho a refutar esta solicitud durante un período de dos (2) años desde la fecha de la rehabilitación por la tergiversación de los hechos materiales.
- Se permiten un máximo de 2 cambios de fecha durante la vida de la póliza.

Fecha de hoy: _____

Firma del Propietario de la póliza

Dirección _____

Ciudad _____, Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono _____