

N.º de póliza \_\_\_\_\_

Asegurado \_\_\_\_\_

Solicito la rehabilitación de la póliza mencionada anteriormente. Acepto pagar todas las primas vencidas y 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.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Propietario de la póliza

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

**Residentes de California solamente:** para su protección la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presenta información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para hacer una reclamación por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión estatal.