

# SENIOR DIRECT APLICACION DE STANDARD WHOLE LIFE INSURANCE



**SENIOR LIFE**  
INSURANCE COMPANY

**SENIOR LIFE INSURANCE COMPANY**  
**PO Box 2447 • Thomasville, GA 31799 • 1-877-777-8808**

Asegurado/ Propuesto: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Núm. de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Nombre del dueño de la póliza: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Dueño de la Póliza: \_\_\_\_\_

Relación con el Asegurado Propuesto: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección Secundaria  
(Si es diferente a la del Asegurado) Calle Núm. de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Nombre de Beneficiario primario: \_\_\_\_\_

1er Nombre 2do Nombre Apellido Relación

Nombre de Beneficiario secundario: \_\_\_\_\_

1er Nombre 2do Nombre Apellido Relación

Sí  No Cobertura Adicional (beneficio por muerte accidental) \$ \_\_\_\_\_ Monto del Seguro \$ \_\_\_\_\_ Prima \$ \_\_\_\_\_

## POR FAVOR CONTESTE ESTAS PREGUNTAS MÉDICAS (Debe Responder "No" para Calificar):

Sí  No ¿Está usted actualmente hospitalizado, recluso en un centro de enfermería, recibiendo cuidado de hospicio, incapacitado para cuidarse a sí mismo, con una enfermedad incurable, encarcelado, o ha sido usted hospitalizado dos veces o más en los últimos seis meses, o espera ser admitido en un hospital o un centro de enfermería?

Sí  No ¿Ha sido usted diagnosticado, o sido tratado por un profesional médico por SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), CRS (Complejo Relacionado con el SIDA), o cualquier trastorno relacionado con una inmunodeficiencia (excepto el VIH), o ha dado positivo en un examen médico para un seguro de vida para VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), o para anticuerpos de VIH?

Sí  No En los últimos seis meses, ¿ha usted experimentado alguna inexplicable pérdida o aumento de peso?

Sí  No En los últimos dos años, ¿ha usted tenido, sido tratado, recibido consejo médico o receta médica para, o sido diagnosticado con diabetes descontrolada incluyendo cualquier complicación a causa de esta, presión alta descontrolada, derrame cerebral, parálisis, cáncer, alguna enfermedad del corazón, órgano o los pulmones (incluyendo EPOC/ Enfisema), desorden mental/atraso mental, desorden del cerebro o del sistema nervioso, algún impedimento, alguna deficiencia, trastorno, enfermedad, trasplante o enfermedad crónica?

Sí  No En los últimos dos años, ¿ha sido usted aconsejado o recomendado a practicarse algún examen, cirugía u hospitalización que no haya sido recibida o completada, o ha sido aconsejado a tomar medicamentos y no lo ha cumplido?

Sí  No En los últimos cinco años, ¿ha usado usted drogas ilegales, ha sido tratado por abuso de drogas/alcohol, ha sido aconsejado por un médico a reducir el consumo de alcohol, observado un excesivo consumo de alcohol o sido arrestado por alguna razón?

Nombre y Dirección de su Médico: \_\_\_\_\_

Medicamentos y sus Usos: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Desea usted la Provisión de Préstamo Automático de Prima?

Sí  No ¿Tiene usted en la actualidad algún seguro de vida o contrato de anualidad?

Sí  No ¿Causará esto el reemplazo o cambio de algún otro seguro de vida o anualidad?

Compañía Núm de Póliza

Se me han leído todas las preguntas y respuestas y afirmo que ellas son verdicas de acuerdo a mi mejor saber y entender. Comprendo que aunque haya pagado una prima con esta solicitud, antes de la aprobación, yo no he adquirido una póliza de seguro con cobertura inmediata. Entiendo que la póliza de seguro que he solicitado, no tendrá efecto hasta que la primera prima sea aceptada por el banco, la aplicación sea aprobada para la clase de riesgo y el monto solicitado, y la póliza sea emitida, y después de esto, sólo si la salud del Asegurado Propuesto permanece como fue descrita en la aplicación, en su momento. Si cualquiera de las condiciones anotadas anteriormente no se ha cumplido, la responsabilidad de la Compañía estará limitada a la devolución de cualquier suma de dinero pagada por mí. De acuerdo a los requerimientos del Código de Seguros de California SS10115, la Compañía limita el valor por el cual podría ser responsable antes de la emisión y envío de la póliza de seguro de vida, a un máximo de cincuenta mil dólares (\$50.000), (incluyendo los beneficios de seguro de vida y seguro por muerte accidental). También entiendo que Senior Life Insurance Company se basará en mis respuestas dadas anteriormente, para la emisión de cualquier seguro de vida de aquí en adelante, y el agente no tiene la autoridad de rescindir o modificar ninguna pregunta o respuesta. Toda persona, que a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros, u otra persona, presente una solicitud de seguro, o haga una declaración de reclamo que contenga cualquier información fundamentalmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, una información relacionada a cualquier hecho esencial concerniente al mismo, comete un acto delictivo en materia de seguros, el cual es un delito y quien lo cometa, está sujeto a sanciones civiles y penales.

Firmado en: \_\_\_\_\_  
(Ciudad/Estado)

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma del Dueño: \_\_\_\_\_  
SDSTD\_SP20\_05

Firma del Asegurado Propuesto: \_\_\_\_\_

Tipo de Pago	Método de Pago	Fecha de Pago
{ <input type="checkbox"/> BSP <input type="checkbox"/> DB <input type="checkbox"/> IW <input type="checkbox"/> CC }	{ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> semestral <input type="checkbox"/> Semi anual <input type="checkbox"/> Anual }	{ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 }

### AUTORIZACIÓN DEL PLAN DE SERVICIO BANCARIO

Para mi conveniencia, autorizo a mi banco/institución financiera o emisor de mi tarjeta de débito para deducir pagos futuros para esta póliza, ya sea por medios electrónicos u otros medios, directamente de mi cuenta bancaria identificada a continuación, y pagaderos a Senior Life Insurance Company, Thomasville, Georgia. Si dicha cuenta fuera reemplazada por otra cuenta, esta petición y autorización deberá aplicar también. Estoy de acuerdo en que el trato de Senior Life Insurance Company de cada cheque o transferencia electrónica y sus derechos con respecto a ellos, será el mismo como si cada cheque o transferencia electrónica fuera firmado o iniciado por mí. También estoy de acuerdo en que si cualquier cheque o transferencia electrónica es deshonrado por alguna razón, Senior Life Insurance Company no tendrá ninguna responsabilidad, incluso si la deshonra tuviera como consecuencia la pérdida de la póliza. Entiendo que esta autorización tendrá vigencia hasta que Senior Life Insurance Company o yo la cancelemos enviando a la otra parte una petición por escrito para hacerlo.

Cuenta de Cheques  Cuenta de Ahorros

Fecha de retiro inicial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(O tan pronto como sea posible)

Nombre(s) en la cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco/Institución Financiera: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado bancario verificando la información de ahorros: \_\_\_\_\_

Numero de ruta (9 dígitos): \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Visa  Tarjeta de maestra

Número de cuenta en la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Fecha de Vencimiento

**X** \_\_\_\_\_

Firma del Pagador

Código CVV

### DECLARACIÓN DE ASEGURABLE INTERÉS - Complete si está asegurando a otra persona que no sea usted mismo / esposa(o).

Sí  No ¿Tiene usted un interés asegurable en la persona que va a ser asegurada?

Sí  No ¿Tiene usted pleno conocimiento del historial médico de la persona que va a ser asegurada?

Sí  No Si está asegurando a sus nietos, ¿están siendo todos los dependientes asegurados, y es usted responsable de su apoyo financiero?

Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

El Asegurado Propuesto es mí:  Padre  Hijo  Otros \_\_\_\_\_

La mejor hora para contactar por teléfono al Asegurado Propuesto es la siguiente: \_\_\_\_\_

Mi interés asegurable en la vida del Asegurado Propuesto es la siguiente:

El Asegurado Propuesto está legalmente endeudado conmigo en una cantidad no menos que el valor nominal de la póliza.

### DECLARACIÓN DEL AGENTE

Certifico que cada pregunta en todas las partes de la solicitud fue preguntada y las respuestas son verídicas y completas y que he registrado las respuestas completamente tal como ellas me fueron dadas. De acuerdo a mi mejor saber y entender, reemplazo es \_\_\_ no es \_\_\_ envuelto en esta transacción.

Cuando fui requerido por las leyes del estado, presenté y leí al solicitante la información concerniente al reemplazo.

Sí  No ¿Existen actualmente algunos seguros de vida y/contratos de anualidad sobre la vida del Asegurado Propuesto?

Firma del Agente: \_\_\_\_\_ Núm. del Agente: \_\_\_\_\_

Nombre Escrito: \_\_\_\_\_ Núm. de Licencia: \_\_\_\_\_