

INFORMACIÓN DE DUEÑO

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Nombre: | Relación con el asegurado: | | |
| Correo electrónico: | Teléfono: | Teléfono Móvil: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |

INFORMACIÓN ASEGURADA - Todos los aplicantes deben residir permanentemente en los Estados Unidos.

| | | | |
|-----------------------|-----------------------------|----------------|---------------------------|
| Nombre: | Teléfono: | Edad: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Seguro Social: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: | Altura: Peso: |

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

| | | | |
|---------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| Primario: | Relación: | Teléfono: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Contingente: | Relación: | Teléfono: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |

INFORMACIÓN DEL PLAN

| | | |
|--|-------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ABD Cobertura Adicional: \$ | Cantidad de seguro: \$ | Prima: \$ |
|--|-------------------------------|------------------|

PREGUNTAS DE SALUD

POR FAVOR CONTESTE ESTAS PREGUNTAS DE SALUD.

1. ¿Está hospitalizado actualmente, confinado a un centro de enfermería, recibiendo cuidados de hospicio, incapaz de cuidarse, enfermoterminal, encarcelado, O esperas ser admitido en un hospital o centro de enfermería?..... SI NO
2. ¿Ha dado positivo por exposición a la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o ha sido diagnosticado como si tuviera un Complejo Relacionado con el SIDA (ARC) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) causado por la infección por vih u otra enfermedad o condición derivada de tal infección?..... SI NO
3. En los últimos seis meses, ¿Ha experimentado alguna pérdida de peso inexplicable o aumento de peso?..... SI NO
4. En el último año, ¿ha utilizado algún tipo de tabaco o producto de nicotina?..... SI NO
5. En los últimos cinco años, ¿Ha sido aconsejado o recomendado por un miembro licenciado de la profesión médica para tener pruebas, cirugía, o hospitalización que no ha sido recibida o completada, o aconsejado tomar medicamentos y no han sido conformes? SI NO
6. En los últimos cinco años, ¿ha sido tratado, recibido consejo médico o medicamento prescrito para, o ha sido diagnosticado con diabetes no controlada, incluyendo cualquier complicación de tal; presión arterial alta incontrolada; accidente cerebrovascular; parálisis; cáncer; cualquier enfermedad cardíaca, orgánica o pulmonar (incluyendo EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)/Emfisema); trastorno mental/retraso; trastorno del cerebro o del sistema nervioso; o cualquier impedimento, trastorno, enfermedad, trasplante o enfermedad crónica?..... SI NO
7. En los últimos cinco años, ¿ha consumido drogas ilegales, ha sido tratado por abuso de drogas/alcohol, ha sido aconsejado por un médico para reducir el consumo de alcohol, se ha observado que consume alcohol en exceso, o ha sido arrestado por cualquier razón?... SI NO

Nombre y Dirección de medico: _____

Medicaciones y usos:

PRESTAMO AUTOMATICO DE PRIMA

¿Desea usted una Provisión de Préstamo Automático de Prima? SI NO

REEMPLAZO

1. ¿Tiene el solicitante contratos de seguro de vida o anualidades existentes? SI NO
2. ¿Esta póliza reemplazará o cambiará otros seguros o anualidades? SI NO

Si "sí", enumere la empresa y el número de póliza:

NOTIFICACIÓN DE TERCEROS

Si desea proporcionar copias de los avisos relativos a la caducidad o cancelación por falta de pago de la prima a un tercero, por favor proporcione su.

| | | | |
|-------------------|----------------|----------------|-----------------------|
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
|-------------------|----------------|----------------|-----------------------|

ARBITRAJE

1. LA LICENCIA PARA LA QUE USTED SE APLICA INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE VINCULANTE. 2. EL ACUERDO DE ARBITRAJE REQUIERE QUE CUALQUIER DESARROLLO RELACIONADO CON ESTA LICENCIA DEBE SER RESUELTO POR ARBITRAJE Y NO EN UN TRIBUNAL DE LEY. 3. LOS RESULTADOS DEL ARBITRAJE SON FINALES Y VINCULANTES PARA EL ASEGURADO Y LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. 4. EN UN ARBITRAJE, UN ARBITRADOR, QUE ES UNA PARTE INDEPENDIENTE, NEUTRAL, DA UNA DECISION TRAS AUDIENCIA DE LAS POSICIONES DE LAS PARTES. 5. CUANDO EL ASEGURADO ACEPTA LA LICENCIA DE SEGURO, EL ASEGURADO ACEPTA RESOLVER CUALQUIER DESARROLLO RELACIONADO CON LA POLICIA MEDIANTE EL ARBITRAJE VINCULANTE INSTEAD DE UN JUICIO EN EL TRIBUNAL, INCLUYENDO UN JUICIO POR JURADO. 6. EL ARBITRAJE TOMA EL LUGAR DE RESOLVER DISPUTAS POR UN JUEZ Y JURADO Y LA DECISION DEL ARBITRADOR NO PUEDE SER REVISADO EN EL TRIBUNAL POR UN JUEZ Y JURADO.

AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A LA SENIOR LIFE INSURANCE COMPANY

Para determinar su elegibilidad para el seguro de Senior Life Insurance Company y procesar sus reclamos, necesitamos su acuerdo sobre la siguiente autorización de la HIPAA. No está obligado a firmar esta autorización, pero sin ella, los aseguradores de Senior Life no pueden procesar su aplicación. ¿Autoriza a cualquier proveedor de atención médica, plan o centro de compensación, compañía de seguros, farmacia, administrador de beneficios de farmacia, agencias de Medicare o Medicaid o la Agencia de Información Médica Bureau, o Agencia de Informes al Consumidor a revelar a Senior Life todos sus registros médicos, e incluyendo información sobre consultas médicas, tratamientos, cirugías o confinamientos hospitalarios para condiciones físicas y mentales, uso de drogas, alcohol o tabaco, medicamentos recetados, enfermedades transmisibles como VIH o AID, pero excluye notas de psicoterapia? Esta información será utilizada por Senior Life para determinar su elegibilidad para el seguro y administrar su cobertura. Otras entidades a las que se puede divulgar esta información pueden no estar cubiertas por las reglas federales de privacidad y si esta información se vuelve a divulgar, ya no puede estar protegida por esas reglas. Esta autorización expirará en 24 meses. Una copia de esta autorización será tan válida como el original. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Senior Life, pero cualquier acción tomada en base a esta autorización no puede ser revertida. Al firmar verbal o físicamente esta solicitud, firmo y acepto la autorización de la HIPAA.

RECONOCIMIENTO DE LA APLICACION

He leído o he sido leído todas las preguntas y respuestas, y afirmo que son fieles a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que incluso si he pagado una prima con, antes de la aprobación de, esta solicitud, no he comprado cobertura inmediata de seguro. Entiendo que el seguro solicitado no entrará en vigor hasta que la primera prima sea respetada por el banco, la solicitud se apruebe para la clase de riesgo y la cantidad solicitada, y se emita la póliza, y sólo entonces si la condición de salud del Asegurado se mantiene como se describe en la solicitud en el momento. Si alguna de las condiciones anteriores no se cumple, la responsabilidad de la Compañía se limitará a la devolución de cualquier cantidad pagada. De conformidad con los requisitos del Código de Seguro de California n.o 10115, la Compañía limita la cantidad por la cual puede ser responsable antes de la emisión y entrega real de una póliza de seguro de vida a un máximo de cincuenta mil dólares (\$50,000). También entiendo que Senior Life Insurance Company confiará en mis respuestas anteriores para emitir cualquier seguro de vida en virtud del presente y que el agente no tiene la autoridad para renunciar a o modificar cualquier pregunta o respuesta. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o confinamiento en prisión, o cualquier combinación de los mismos.

AUTORIZACIÓN BANCARIA

Autorizo, hasta que revoque por escrito, mi banco/institución financiera para deducir pagos futuros de este seguro por medios electrónicos o de otro tipo directamente desde mi cuenta identificada a continuación. Si proporciono un cheque como pago inicial de la prima, autorizo a la compañía a usar la información de mi cheque para hacer una transferencia electrónica de fondos por única vez desde mi cuenta o para procesar el pago como una transacción de cheques. Entiendo que los fondos pueden ser retirados de mi cuenta tan pronto como el mismo día y mi cheque no será devuelto por mi institución financiera.

Cuenta Corriente Ahorros Fecha de borrador: { 1st, 3rd, 5th, 10th, 15th, 20th, 25th }

Fecha de retiro inicial: _____ o tan pronto como sea posible a partir de entonces _____

EFT Mensual Semi-Annual Annual

Número de ruta (9 dígitos) _____

Nombre de la institución financiera _____

Número de cuenta _____

Nombre en la cuenta o tarjeta _____

Visa tarjeta maestra

Fecha de expiración _____ / _____ / _____

#1 _____

Numero de tarjeta de crédito _____

#2 _____

Código CVV _____

DUEÑO, ASEGURADO, Y PAGADOR DEBE FIRMAR ABAJO

Dueño, asegurado, y Pagador debe firmar aquí

Firmado en la ciudad, estado

Fecha

CONFIRMACIÓN DE AGENTE

Existen contratos de seguro de vida y/o anualidades vigentes en la vida del solicitante..... SI NO

Si el reemplazo está involucrado o se requiere, le presenté y leí al solicitante un aviso de sustitución.



Firma de agente

nombre impreso

número de licencia de agentes