



APLICACIÓN DE
GUARANTEED ISSUE WHOLE LIFE INSURANCE

Senior Life
Insurance Company
PO Box 2447
Thomasville, GA 31799
1-877-777-8808

INFORMACIÓN DEL ASEGURADA

Asegurado:	Correo Electrónico:	Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Edad:

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO DE LA PÓLIZA SI DIFERENTES DE ASEGURADO

Dueño de Póliza:	Relación:	Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

PARA LOS AVISOS DE PRIMA VENCIDOS

Dirección secundaria:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
-----------------------	---------	---------	----------------

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Beneficiario Primario:	Relación:	Ciudad:	Teléfono:
Beneficiario Secundario:	Relación:	Ciudad:	Teléfono:

INFORMACIÓN DEL PLAN

Cantidad de seguro \$	Beneficio por muerte accidental \$	Pago Mensual \$
-----------------------	------------------------------------	-----------------

**GUARANTEED ISSUE - NO SE REQUIERE INFORMACIÓN MÉDICA
PRIMEROS 3 AÑOS-110% DE PRIMAS PAGADAS CUATRO AÑO- CANTIDAD DE SEGURO**

RECAMBIO

¿Este seguro tiene la intención de reemplazar o cambiar cualquier plan de seguro de vida o anualidad existente?..... SI NO
En caso afirmativo, enumere la empresa y el número de póliza:

PRÉSTAMO PREMIUM AUTOMÁTICO

Compruebe aquí si el propietario de la Póliza no quiere la Provisión Automática de Prima.....

AUTORIZACIÓN

Autorizo a cualquier médico, médico, hospital, centro de atención médica, Administración de Veteranos, farmacia, gerente de beneficios de farmacia, laboratorio o cualquier otra persona o instalación relacionada con la medicina a proporcionar cualquier información de salud y/o tratamiento sobre el Asegurado propuesto a la Compañía de Seguros de Vida Senior para determinar la elegibilidad para el seguro y/o beneficios. Cualquier información utilizada estará sujeta a la Política de Privacidad de la Compañía que se proporciona con mi política, o a petición. Entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor durante 24 meses después de la fecha de mi firma a continuación y puede ser revocada en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la Compañía. Una copia de esta Autorización es tan válida como el original y se proporcionará una copia a petición. Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presenta una declaración de reclamo o una aplicación que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave del tercer grado. Afirmo que las respuestas que he dado son fieles a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Entiendo que la Compañía confiará en mis respuestas para emitir el seguro. Entiendo que incluso si he pagado una prima con, antes de la aprobación de, esta aplicación, no he comprado cobertura de seguro inmediata. Entiendo que el seguro solicitado no entrará en vigor hasta que la primera prima sea honrada por el banco, la aplicación sea aprobada para la clase de riesgo y la cantidad solicitada, y la póliza se emita, y sólo entonces si la salud del Asegurado Propuesto condición permanece como se describe en la aplicación en el momento. Si no se cumple alguna de las condiciones anteriores, la responsabilidad de la Compañía se limitará a la devolución de cualquier cantidad pagada. De conformidad con los requisitos del Código de Seguros 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). Como conveniencia para mí, autorizo a mi banco/institución financiera a deducir pagos futuros para este seguro por medios electrónicos u otros directamente de mi cuenta. Estoy de acuerdo en que el tratamiento de Senior Life Insurance Company de cada cheque o débito de ACH, y sus derechos con respecto a él, será el mismo que si fuera firmado o iniciado personalmente por mí. También estoy de acuerdo en que si cualquier cheque o débito de ACH es deshonorado por cualquier razón, Senior Life Insurance Company no estará bajo ninguna responsabilidad, aunque la deshonra resulte en la pérdida del seguro. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta que Senior Life Insurance Company o cancelo enviando a la otra parte una solicitud por escrito para hacerlo.

Retire Primera Prima tan pronto como sea posible Fecha de Retiro Inicial: _____ Cheque ahorros

Fecha de retiro mensual (circule uno) : { 1st, 3rd, 5th, 10th, 15th, 20th, 25th }

Nombre de instituto Financiera _____ comprobación ahorros Codigo CVV _____

Nombre en cuenta _____ numero de rute (9 dígitos) _____ número de cuenta _____

DUEÑO ASEGURADO Y PAGADOR DEBE FIRMAR AQUÍ



Asegurado-pagador/propietario si es diferente de asegurado

Firmó en el estado

Fecha

AGENTE DEBE FIRMAR AQUÍ

Certifico que cada pregunta en todas las partes de la aplicación se hizo y las respuestas son verdaderas y completas y que he registrado con precisión las respuestas en su totalidad como se les dio. A mi mejor conocimiento, un reemplazo **esta no está** involucrada en esta transacción.



Firma de agente

Nombre (impresa)

Numero de licencia de agente