SENIOR DIRECT *APLICACIÓN DE ULTIMATE PREFERRED WHOLE LIFE INSURANCE*

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

Dueño/Asegurado Propuesto: _____ Núm. de Seguro Social: _____/_____/_____
(Aquí se conoce como "usted")

Dirección: _____
Calle Núm. de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Edad:_____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Altura:_____Peso:_____

Dueño/Correo electrónico del Asegurado Propuesto : _____ Seguro social: _____/_____/_____

Teléfono:(_____) _____

Dirección Secundaria:_____
(Sí 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 DE SALUD (Debe Responder "No" para Calificar):

❑ Sí ❑ No ¿Está usted actualmente hospitalizado, recluido en un centro de enfermería, recibiendo cuidado de hospicio, incapacitado para cuidarse a sí mismo, padeciendo de una enfermedad incurable, encarcelado, legalmente ciega(o), en silla de ruedas, o en cama; en los últimos diez años, ¿ha sido hospitalizado dos o más veces o recibido atención medica en el hogar; o espera ser admitido en un hospital o centro de enfermería?

❑ Sí ❑ No ¿Ha sido usted diagnosticado o 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 el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), o para anticuerpos de VIH?

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

❑ Sí ❑ No En los últimos diez años, ¿ha utilizado algún tipo de tabaco o producto de nicotina o ha tenido una lectura de la presión arterial sobre 135/85?

❑ Sí ❑ No En los últimos diez años, ¿ha sido usted aconsejado o recomendado a practicarse algún examen, tratamiento, cirugía, o 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 diez años, ¿ha usted tenido, sido tratado, recibido consejo médico o receta médica para, o ha sido diagnosticado con diabetes; presión alta, derrame cerebral, parálisis, cáncer, alguna enfermedad del corazón, órgano, o enfermedad pulmonar (incluyendo EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)/emfisema); desorden mental/atraso mental, desorden del cerebro o del sistema nervioso, algún impedimento, alguna deficiencia, trastorno, enfermedad, trasplante o enfermedad crónica?

❑ Sí ❑ No ¿Ha usted usado 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 ¿Tiene la intención de reemplazar, interrumpir o cambiar alguna póliza de seguro de vida existente o contratos de anualidad es en relación con esta aplicacion? Compañía _____ Núm de Póliza _____

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 aplicacion, 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 aplicacion 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) y beneficios por muerte accidental). 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 o modificar cualquier pregunta o respuesta. Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración falsa en una aplicacion de seguro puede ser culpable de un delito penal y sujeto a sanciones bajo la ley estatal.

Firmado en: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Ciudad/Estado)

Firma del Dueño de Póliza/Asegurado Propuesto: _____

Tipo de Pago	Método de Pago	Fecha de Pago
{ ❑ BSP ❑ DB ❑ IW ❑ CC }	{ ❑ Mensual ❑ semestral ❑ Semi anual ❑ Anual }	{ ❑ 1 ❑ 3 ❑ 5 ❑ 10 ❑ 15 ❑ 20 ❑ 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 sí 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.

Nombre en la tarjeta: _____ ❒ Visa ❒ Tarjeta de maestra

Número de cuenta en la tarjeta de crédito: _____ _____
Fecha de Vencimiento

X _____ _____
Firma del Pagador Codigo CVV

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD
ESTA AUTORIZACIÓN CUMPLE CON LA REGLA DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Por la presente yo autorizo cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, gerente de beneficios de farmacia, centro médico, compañía de seguros, organización de apoyo a seguros (como Medical Information Bureau, Inc.), o otro proveedor de atención médica que me haya proporcionado pagos, tratamientoos o servicios o en mi nombre ("Mis Proveedores") para revelar todo mi historial médico y cualquier otra información médica protegida que me concierne a Senior Life Insurance Company (la "Compañía") y sus agentes, empleados y representantes. Esto incluye información sobre el diagnóstico o tratamiento del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), enfermedades de transmisión sexual, información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye notas de psicoterapia.

Yo reconozco que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no se aplica a esta Autorización, e instruyo a Mis Proveedores que liberen y divulguen todos los registros médicos sin restricciones.
Esta información médica protegida debe ser divulgada bajo esta Autorización para que la Compañía pueda:

1) escriba mi aplicacion de cobertura y haga determinaciones de elegibilidad, calificación de riesgo, emisión de pólizas y inscripción;
2) obtener reaseguros;
3) administrar reclamos y determinar o cumplir con la responsabilidad de la cobertura y la provisión de beneficios;
4) administer coverage; and
5) realizar otras actividades legalmente permisibles que se relacionen con cualquier cobertura que tenga o haya solicitado con la Compañía.

Yo entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor durante 24 meses después de la fecha de mi firma a continuación y que una copia de esta Autorización es tan válida como la original. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito, en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito de revocación a la Compañía, Atención: Oficial de Privacidad de HIPAA, P.O. Box 2447, Thomasville, GA 31799-2447. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquiera de Mis Proveedores haya confiado en esta Autorización o en la medida en que esta Autorización se haya proporcionado como condición para obtener cobertura de seguro y en la medida en que otra ley otorga a la Compañía el derecho de impugnar una reclamación de cobertura bajo la póliza o de impugnar la póliza. Entiendo que cualquier información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las regulaciones federales que rigen la privacidad y confidencialidad de la información de salud. Sin embargo, la Compañía protegerá la privacidad de la información de salud de acuerdo con otras leyes de privacidad estatales y/o federales aplicables y de acuerdo con la propia política de privacidad de la Compañía.

Yo entiendo que Mis Proveedores no pueden negarse a proporcionar tratamiento o pago por servicios de atención médica si me niego a firmar esta Autorización. Además entiendo que si me niego a firmar esta Autorización para divulgar mis registros médicos completos, es posible que la Compañía no pueda procesar mi aplicacion, o si se ha emitido cobertura, es posible que no pueda procesar reclamos de pólizas y/o hacer ningún pago de beneficios. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Mi Representante Personal también tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Dueño de Póliza/ Nombre Impreso del Asegurado Propuesto: _____

Dueño de Póliza/ Firma del Asegurado Propuesto: _____ Fecha: _____

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 impreso: _____ Núm. de Licencia: _____