



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

Asegurado Propuesto _____ Núm del Seguro Social _____ / _____ / _____

Dirección _____
Calle Núm de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Género Masculino Femenino

Nombre del dueño de la póliza _____ Núm del Seguro Social _____ / _____ / _____

Vinculo con el Asegurado _____ Teléfono (_____) _____

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

Nombre del Principal Beneficiario _____
1er nombre 2do nombre Apellido Vinculo

Nombre del Segundo Beneficiario _____
1er nombre 2do nombre Apellido Vinculo

Sí No Anexo ADB (beneficio por muerte accidental) \$ _____ Cantidad del Seguro \$ _____ Prima \$ _____

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

- Sí No ¿Está usted actualmente hospitalizado, limitado a un centro de enfermería, recibiendo cuidado de hospicio, incapacitado para cuidarse así mismo, con una enfermedad mortal, encarcelado o espera ser admitido a un hospital o un centro de enfermería?
 Sí No ¿Ha obtenido un resultado positivo al ser expuesto a la infección VIH, por sus siglas en inglés, (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o ha sido diagnosticado con ARC o SIDA, por sus siglas en inglés, (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) causado por la infección de VIH u otra enfermedad o condición proveniente de dicha infección?

- Sí No ¿Desea usted un Préstamo Automático de una Prima Provisional?
 Sí No ¿Tiene en existencia algún seguro de vida o contrato de anualidad?
 Sí No ¿Causará esto el reemplazo o cambio de alguna otra aseguradora o anualidad? _____
Compañía Núm de Póliza

Se me han leído todas las preguntas y respuestas y hago constar que dichas son verídicas de acuerdo a mi mejor saber y entender. Comprendo que para que el seguro entre en efecto, las condiciones médicas del Asegurado Propuesto deben permanecer tal como se describió en la aplicación al momento en que la primera prima es honorada por el banco y la póliza es emitida. También, entiendo que Senior Life Insurance Company se basará en mis respuestas antes mencionadas para facilitar algún seguro de vida de aquí en adelante, y el agente no tiene la autoridad de rescindir o modificar alguna pregunta o respuesta. Además, reconozco que cualquier persona que con conocimiento y con intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de demanda o una aplicación conteniendo alguna falsa, incompleta o equivocada información, será culpable de un delito de tercer grado.

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

Firma del Dueño _____ Firma del Asegurado Propuesto _____

Table with 2 columns: Year and Benefit. Row 1: 1er Año 110% de las Primas Pagadas, 3er Año 110% de las Primas Pagadas. Row 2: 2do Año 110% de las Primas Pagadas, 4to Año Cantidad del Seguro.

