



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 Estatura _____ Peso _____

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

Vinculo con el Asegurado _____ Teléfono (_____) _____

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

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

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

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 de sí mismo, con una enfermedad mortal, encarcelado o ha sido hospitalizado en dos o más ocasiones en los últimos seis meses o espera usted ser ingresado 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 VIH u otra enfermedad o condición proveniente de dicha infección?
- Sí No ¿Está usted legalmente ciego, en silla de ruedas, postrado en cama, tomando oxígeno o recibiendo cuidado médico en su casa?
- Sí No En los últimos dos años, ¿ha usado drogas ilegales, ha sido tratado por abuso de drogas/alcohol, ha sido aconsejado por un médico a reducir el consumo de alcohol, o ha observado un excesivo consumo de alcohol o sido arrestado por alguna razón?
- Sí No En los últimos dos años, ¿ha tenido, sido tratado por, recibido consejo médico por parte de un médico con licencia, sido recetado medicamento para, o sido diagnosticado por un médico con licencia con alguna enfermedad del corazón y los pulmones/condición/desorden, alguna enfermedad sanguínea, de los riñones o el hígado/condición/desorden, enfermedad de Alzheimer, cáncer, parálisis cerebral, fibrosis quística, demencia, la enfermedad de Huntington, la enfermedad Lou Gehrig, esclerosis múltiple, distrofia muscular, parálisis, accidente cerebrovascular, trasplante, alta presión no controlada (o con complicaciones), diabetes no controlada (o con complicaciones)?

Nombre y Dirección de su Médico: _____

Medicamentos y sus Uso: _____

- 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 _____

1er AÑO 110% de las Primas Pagadas 2do AÑO 110% de las Primas Pagadas 3er AÑO Cantidad del Seguro

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"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> 1er <input type="checkbox"/> 5to <input type="checkbox"/> 10mo <input type="checkbox"/> 15to <input type="checkbox"/> 20mo <input type="checkbox"/> 25to

AUTORIZACIÓN DEL PLAN DE SERVICIO

Para mi conveniencia, autorizo a mi Banco/ institución financiera o emisor de mi tarjeta de crédito para que deduzca pagos futuros para esta aseguradora ya sea por medio de pagos electrónicos u otra forma de pagos directamente de mi cuenta bancaria abajo mencionada y pagable a Senior Life Insurance Company, Thomasville, Georgia. En cierto caso dicha cuenta es reemplazada por otra cuenta, esta petición y autorización deberá ser aplicada. Estoy de acuerdo de que el trato por parte de Senior Life Insurance Company de cheques o ACH de débito, y sus derechos al respecto, serán los mismo como si fueran firmados o iniciados por mi persona. También, estoy de acuerdo que si por alguna razón, algún cheque o ACH de débito es deshonrado, Senior Life Insurance Company no estará bajo ninguna responsabilidad aun cuando el deshonro resultara en la pérdida del seguro. Yo entiendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta que Senior Life Insurance Company o mi persona decidan cancelarla al enviarse el uno al otro un comunicado por escrito.

Cuenta de Cheques Cuenta de Ahorros Fecha de la Retirada 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: Número de Ruta (Nueve Digits): _____

Número de Cuenta del Banco # _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Visa MasterCard

Nombre en la Tarjeta de Crédito: _____

Número de cuenta en la Tarjeta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Fecha de vencimiento: ____/____/____

X _____

Firma

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

- Sí No ¿Tiene un interes asegurable en la persona que va a ser asegurada?
- Sí No ¿Tiene pleno conocimiento del historial médico de la persona en ser asegurada?
- Sí No Si está asegurando a sus nietos, ¿van a ser todos dichos dependientes asegurados, y va a ser usted responsable por su apoyo financiero? Sí no lo es, por favor explique: _____

El Asegurado Propuesto es mí: Padre Hijo Otro _____

La mejor hora para contactar por teléfono al Asegurado Propuesto: _____

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

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

DECLARACIÓN DEL AGENTE

Hago constar que cada pregunta en todas las partes de la aplicación fueron preguntadas y las respuestas son verídicas y completas y que he correctamente anotado las respuestas en lleno tal como se me fueron dadas. A mí mayor conocimiento, reemplazo está no está involucrado en esta negociación.

Firma del Agente: _____ Número del Agente: _____

Nombre escrito: _____ Número de Licencia: _____

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresados en el mismo se regirán por la versión original del documento expedido en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho a corregir cualquier error en este documento.