



**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 Estructura \_\_\_\_\_ 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 así mismo, con una enfermedad mortal, encarcelado o ha sido hospitalizado en dos o más veces en los últimos cinco años 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, (Síndrome 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 En los últimos seis meses, ¿ha experimentado alguna inexplicable pérdida o aumento de peso?
- Sí  No En los últimos cinco años, ¿ha usado alguna forma de tabaco o producto de nicotina, o tenido una lectura de la presión arterial de más de 135/85?
- Sí  No En los últimos diez años, ¿ha sido aconsejado o recomendado a hacerse algún examen, operación u hospitalización que no ha sido recibida o completada, o aconsejado a tomar medicamentos que no han sido cumplidos?
- Sí  No En los últimos diez años, ¿ha tenido, sido tratado, recibido consejo médico o recetado medicina para o sido diagnosticado con diabetes no controlada incluyendo algunas complicaciones a causa de esta, alta presión no controlada, accidente cerebrovascular, parálisis, cáncer, alguna enfermedad del corazón, órganos o los pulmones (incluyendo COPD/Enfisema), desorden mental/atraso mental, desorden del cerebro o del sistema nervioso, alguna deficiencia, trastorno, enfermedad, trasplante o enfermedad crónica?
- Sí  No ¿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?

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 \_\_\_\_\_

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.