



**TEXAS SERVICE LIFE INSURANCE COMPANY**  
 (Una compañía de prima estipulada)  
 P.O. Box 341899, Austin, TX 78734  
**SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA**

CONTRACTO PRE-PAGADO

N° \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Propuesto: Apellido, Nombre, Inicial	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Estatura	Peso	N° de Seguro Social
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono de Casa		
Beneficiario Principal/Relación con el Asegurado	Beneficiario Contingente/Relación con el Asegurado			Teléfono Celular		

**PREGUNTAS DE SALUD (IMPORTANTE: DECLARACION FRADULENTA PUEDE ANULAR LA COBERTURA)**

1. ¿ALGUNA VEZ ha sido tratado o diagnosticado el Asegurado por un médico de cualquiera de las siguientes condiciones?

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| a. SIDA, VIH O desórdenes ARC     | d. Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)           | g. Mal de Alzheimer                    |
| b. Cáncer Recurrente o Propagado  | e. Trastorno Pulmonar que requiere Oxígeno        | h. Insuficiencia Renal o Cardíaca      |
| c. Derrame Cerebral con Parálisis | f. Insuficiencia Hepatica y/o Cirrosis del Hígado | i. <u>CUALQUIER CONDICIÓN TERMINAL</u> |

¿Está el Asegurado Propuesto ahora (a) en cama, (b) sin-hogar en los últimos 365 días, (c) viviendo en, (d) actualmente hospitalizado/a o (e) se le ha aconsejado ingresar en: un Hospital, Institución Penal, Auspicio o cualquier Institución de Cuidado Extendido?

2. En cualquier momento en los últimos 5 AÑOS el Asegurado Propuesto sido diagnosticado de, asesoramiento recibido, la atención o el tratamiento de, o ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud?

- |  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| a. Cáncer                                  | g.Trastorno del Corazón      | m. Anemia  |
| b. Enfermedad o trastorno Degenerativo     | h.Trastorno del Circulatorio | n. Síndrome de Down  |
| c. Trastorno de la Sangre                  | i. Trastorno del Hígado      | o. Demencia  |
| d. Trastorno Cerebral o trastorno Nervioso | j. Trastorno Pulmonar        | p. Abuso de drogas, Abuso de alcohol, abuso de opioides o abuso de medicamentos de prescripción no recetados |
| e. Enfermedad Renal                        | k.Trastornos Neurológicos    | q. Pérdida inexplicable o involuntaria de peso de mas del 10% del peso corporal en un periodo de 12 meses    |
| f. Diabetes tratada con Insulina           | l. Derrame Ceberal           |  |

**NO A TODAS LAS CONDICIONES EN LA PREGUNTA 1 & 2**

**SÍ A ALGUNA CONDICION EN LA PREGUNTA 1 o 2 (Sólo califica Beneficio Gradual o MIB)**

Iniciales del Asegurado Propuesto indican el **ACUERDO COMPLETO** con las respuestas en las preguntas anteriores de salud 1 y 2.

COBERTURA	TERMINOS DE PAGO	TIPO DE POLIZA Y CLAUSULAS OPCIONALES	
<b>BENEFICIO COMPLETO:</b> <input type="checkbox"/> SERIE 1 <input type="checkbox"/> SERIE 2 <input type="checkbox"/> SERIE 3 <input type="checkbox"/> SERIE FH <hr/> <input type="checkbox"/> <b>BENEFICIO GRADUAL</b> <input type="checkbox"/> MIB	<b>METODO</b> <input type="checkbox"/> Retiro Bancario <input type="checkbox"/> Factura Directa <input type="checkbox"/> Tarjeta de Credito <b>PLAN DE PAGO</b> <input type="checkbox"/> Pago único (n/a beneficio gradual) <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 5 años <input type="checkbox"/> 7 años <input type="checkbox"/> 10 años <b>MODO DE PRIMA</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semi-Anual <input type="checkbox"/> Anual	<b>PAGO ÚNICO</b> Valor Nominal: <input type="text"/> Prima: \$ _____	<b>PAGOS MÚLTIPLES</b> <input type="text"/> \$ _____ <b>CLAUSULAS OPCIONALES: Marque Primas abajo</b> Pago Diferido: \$ <u>N/A</u> \$ _____ Muerte Accidental: \$ _____ \$ _____ (Cobertura Incluida con Serie 3) Total de Prima: \$ _____ \$ _____

**Pago inicial recibido con la solicitud:** \$  (\*El primer pago vence un período después de la fecha de solicitud.)

**SOLICITUD DE CLÁUSULA ADICIONAL DE SEGURO PARA HIJOS ADJUNTO (máximo 8 hijos)**

## ACUERDO – AUTORIZACION TEXAS SERVICE LIFE INSURANCE COMPANY

Yo, el Principal Asegurado Propuesto (y cualquier Dueno u otro Solicitante Autorizado firmante), mediante mi firma establecida en página 3 de 4 **ACUERDO lo siguiente:**

- (a) **Todas las Declaraciones y respuestas en esta solicitud son completas y verdaderas según mi leal saber y entender.**
- (b) **Período de impugnabilidad: Si el Principal Asegurado Propuesto muere dentro de los primeros dos años de la fecha de emisión de la póliza entonces la COMPAÑÍA se reserva el derecho de impugnar el pago de un reclamo. Esta póliza es incontestable después de haber estado establecida durante dos años a partir de la fecha de emisión de la póliza.**
- (c) **Ningún seguro entrará en vigencia hasta que esta póliza haya sido aprobada y emitida por TEXAS SERVICE LIFE INSURANCE COMPANY y la primera prima completa se haya pagado y una póliza se haya entregado mientras la salud de cualquier asegurado propuesto siga, sin cambio sustancial, siendo como se declaró en esta solicitud.**
- (d) **Ningún agente tiene la autoridad de renunciar a ninguna respuesta ni de otro modo modificar la solicitud ni obligar a Texas Service Life Insurance Company, en adelante llamada la “Compañía”, de ninguna manera realizando una promesa o declaración que no esté establecida por escrito en esta Solicitud.**

**AUTORIZO** a cualquier médico matriculado, profesional de medicina, hospital, clínica, otro centro médico o relacionado con la medicina, compañía de seguro o reaseguro, MIB, Inc. ("MIB"), agencia de informe del consumidor, Administrador de Beneficios de Farmacia o cualquier otra institución o persona para brindar a la Compañía(Texas Service Life Insurance Company) o a su(s) reaseguro(s) toda la información que posean que se refiera a consultas médicas, Tratamientos, cirugías y tiempo que permanezca en el hospital que se relacionen con mi condición física y mental y la de mis hijos menores de edad. Esta autorización también incluye información sobre drogas o alcoholismo o cualquier otra información de historial que no sea de salud (o que no sea médico). Comprendo que dicha información se usará para determinar la elegibilidad para el seguro, o para beneficios conforme al seguro existente. Asimismo, autorizo a la Compañía a divulgar cualquier información obtenida sólo a las compañías de reaseguro, MIB u otras personas u Organizaciones que realicen negocios o brinden servicios legales con relación a mi solicitud o reclamo, o de alguna otra manera en la que pueda ser legalmente requerido o según yo autorice. Con respecto a esta Autorización, acepto que una copia fotográfica será tan válida como el original y será válida durante 30 meses desde la fecha que se muestra en la página 3. Sé que mi representante o yo podemos solicitar una copia de esta autorización.

Comprendo que puedo revocar esta Autorización, excepto hasta el punto en que el proveedor de atención de la salud o Texas Service Life Insurance Company haya actuado basándose en esta Autorización. Mi revocación de esta Autorización debe enviarse por escrito a la dirección a continuación. Además, comprendo que mi revocación de esta autorización no derivará en la eliminación de los códigos en la base de datos de MIB si dichos códigos son informados por la Compañía (o si la Compañía se ve obligada a informar dichos códigos a MIB) mientras esta autorización esté en vigencia.

**Texas Service Life Insurance Company  
P O Box 341899  
Austin, TX 78734**

La información divulgada conforme a la autorización puede estar sujeta a la redivulgación de parte del destinatario y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

**Aviso sobre Conversión Electrónica de Cheques:** Cuando usted provee un cheque como pago usted nos autoriza tanto a usar la información en su cheque para hacer una única transferencia electrónica de fondos de su cuenta o a procesar el pago como una transacción con cheque. Cuando usamos la información de su cheque para hacer una transferencia electrónica, los fondos pueden ser retirados de su cuenta tan pronto como el mismo día que usted hace el pago y usted no recibirá el cheque de vuelta de manos de su institución financiera.



**TEXAS SERVICE LIFE INSURANCE COMPANY**  
(Una compañía de prima estipulada)  
P.O. Box 341899, Austin, TX 78734  
**SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA**

CONTRACTO PRE-PAGADO  
N° \_\_\_\_\_

**AVISOS IMPORTANTES Y FIRMAS REQUERIDAS**

- 1. IMPORTANTE:** Esta solicitud sirve como RECIBO por el/los pagos recibidos con la solicitud. No existe un seguro ni cobertura para el Asegurado Propuesto hasta que la Póliza haya sido aprobada, emitida y entregada por TEXAS SERVICE LIFE INSURANCE COMPANY (en adelante, la "Compañía") durante la vida del solicitante mientras la salud del solicitante permanezca como está indicado más arriba y la primera prima se pague por completo.
- 2. IMPORTANTE:** Si la Compañía no considera que el Asegurado Propuesto es aceptable, entonces ninguna cobertura de seguro entrará en vigencia y la Compañía no será responsable conforme al presente excepto por la devolución de cualquier prima recibida.
- 3. IMPORTANTE:** Al FIRMAR A CONTINUACIÓN, el Asegurado Propuesto y/o Propietario acuerdan por completo el ACUERDO-AUTORIZACIÓN-RECONOCIMIENTO en la página 2 y 4 de esta solicitud.
- 4. IMPORTANTE:** En la eventualidad de que la póliza aquí presente aplicara para fondos un Contrato Funerario Pre-necesidad (Preneed Funeral Contract), AL FIRMAR ABAJO el Propietario acepta que en el evento de muerte del asegurado cualquier pago procedente y/o reembolso de prima de la póliza quedan ASIGNADOS POR EL PRESENTE DOCUMENTO al Proveedor indicado en el Contrato Funerario Pre-necesidad, tal como indiquen los intereses de éste.

\_\_\_\_\_  
\*Solicitud de Fecha Firmada

\_\_\_\_\_  
Firma Del Propuesto Asegurado (o Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
Nombre del propietario

\_\_\_\_\_  
Firma del Propietario (Si no asegurado)

\_\_\_\_\_  
Dirección del propietario Ciudad/ Estado / Código Postal

\_\_\_\_\_  
Relación con el asegurado

\_\_\_\_\_  
Teléfono del propietario

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del propietario

\_\_\_\_\_  
Nombre del Pagador

\_\_\_\_\_  
Firma del Pagador (Si no el Asegurado o Propietario)

**DECLARACIÓN DEL AGENTE Y FIRMA REQUERIDA**

Mediante mi firma certifico con el presente documento que, hasta donde llega mi conocimiento, toda la información en esta forma es correcta, fue registrada con precisión, y fue completada por mí.

- 1. ME REUNÍ EN PERSONA CON EL ASEGURADO EN EL PROCESO DE HACER LA APLICACIÓN.**  SÍ  NO
- 2. EL PROPIETARIO/ASEGURADO PROPUESTO ES UN AGENTE O FAMILIAR MÍO.**  SÍ  NO

\_\_\_\_\_  
Nombre del agente (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del agente

\_\_\_\_\_  
N° de agente

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del Agente

**RECONOCIMIENTO  
TEXAS SERVICE LIFE INSURANCE COMPANY**

**RECONOCIMIENTO** al recibir de la siguiente notificación, cuando corresponda:

(a) Notificación previa de MIB

La información con respecto a su asegurabilidad se tratará de manera confidencial. Texas Service Life Insurance Company o sus reaseguros pueden, sin embargo, realizar un breve informe sobre ellos a MIB, Inc., una organización de membresía de compañías de seguro sin fines de lucro, que operan un intercambio de información a nombre de sus miembros. Si usted solicita seguro de vida o cobertura de seguro de salud ante otra compañía miembro de MIB o se presenta un reclamo de beneficios a dicha compañía, MIB ante la solicitud suministrará a dicha compañía la información sobre usted en su archivo.

Una vez que usted lo solicite, MIB arreglará la divulgación de cualquier información en su archivo. Contacte a MIB al 866-692-6901. Si usted cuestiona la precisión de la información en el archivo de MIB, puede contar a MIB y solicitar la corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley de Información Crediticia Imparcial. La dirección de oficina de información de MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734.

Texas Service Life Insurance Company, o sus reaseguros, también puede divulgar información de su archivo a otras compañías de seguro a las que usted pueda solicitar seguro de vida o de salud, o ante quienes pueda presentar un reclamo de beneficios. La información para consumidores sobre MIB se puede obtener visitando nuestra página de internet [www.mib.com](http://www.mib.com).

MUESTRA