



Cesión Irrevocable de los Derechos de Póliza (Relacionado con los bienes y servicios funerarios preacordados)

PO Box 341899 ▪ Austin, Texas 78734

Este acuerdo es entre el **Tomador de la Póliza**, _____ y **Lifetime Services, Inc.**
(Nombre del Tomador de la Póliza)

En este acuerdo:

- “Yo”, “mi” y “mío” se refieren al tomador de la póliza mencionado más arriba.
- El “tomador de la póliza” se refiere al propietario del seguro de vida o contrato de anualidad, los beneficios por muerte que han sido cedidos para el pago de los gastos funerarios.
- “Usted” y “su” se refieren a Lifetime Services, Inc.
- El “Contrato” se refiere al Contrato Funerario Preacordado entre el tomador de la póliza, Lifetime Services, Inc., y la casa funeraria designada para brindar bienes y servicios funerarios.
- El “Seguro de vida o contrato de anualidad” es el contrato que es objeto de este “Contrato”.
- La “casa funeraria” se refiere a la casa funeraria designada en el Contrato Funerario Preacordado como el proveedor de los bienes y servicios funerarios en el momento del fallecimiento.

Comprendo que usted está en el negocio de acordar previamente servicios funerarios en el Estado de Texas y que ocasionalmente usted acepta la cesión de todos los derechos de beneficios por fallecimiento conforme a determinado seguro de vida o contratos de anualidad para pagar dichos servicios.

Le transfiero a usted, Lifetime Services, Inc., todos los derechos para recibir el beneficio por fallecimiento de la póliza de seguro o contrato de anualidad en la vida de:

Nombre (asegurado o titular de anualidad): _____

Número de Póliza/Contrato: _____

Emitido por: **Compañía de Seguros Texas Service Life**

Varias legislaturas y agencias estatales han reconocido que determinada propiedad y derechos que son propiedad de destinatarios de asistencia pública son de valor insignificante para permitir que aquellas personas cumplan con sus necesidades diarias y, por lo tanto, no deben ser clasificadas como recursos disponibles para aquellos destinatarios. Ocasionalmente, determinadas personas que hayan preacordado sus funerales reciben asistencia pública (o que desean recibir asistencia pública) pueden querer enmendar su seguro de vida o contrato de anualidad para hacerlos irrevocable para que el seguro de vida o contrato de anualidad califique para una valuación reducida, de acuerdo con la legislación estatal o federal correspondiente;

POR LO TANTO, usted y yo comprendemos y aceptamos los siguientes términos y condiciones para que yo pueda calificar, o seguir siendo elegible, para asistencia pública, de acuerdo con la ley federal o estatal aplicable:

1. Por el presente, de manera irrevocable, renuncio a cualquier derecho que pueda tener durante mi vida
 - (a) a renunciar al seguro de vida o contrato de anualidad por dinero en efectivo; o
 - (b) obtener un préstamo por el seguro de vida o contrato de anualidad.
2. Sin embargo, se comprende que aunque de manera irrevocable he renunciado a mi derecho a una conversión a dinero en efectivo o el valor de un préstamo conforme al seguro de vida o contrato de anualidad y he comprometido todos los beneficios por muerte al pago de los funerarios, (a) Yo y mi representante personal o familiar, aún conservamos aquellos derechos existentes en el Contrato original para cambiar la casa funeraria designada en el Contrato y seleccionar otra casa funeraria para recibir los beneficios por muerte ante el fallecimiento del asegurado o titular de la anualidad mencionados en el seguro de vida o contrato de anualidad, a cambio de la entrega de bienes y servicios funerarios comparables; y/ (b) ante mi fallecimiento, mi representante personal o familiar conservan aquellos derechos existentes en el Contrato original para cancelar el Contrato antes de que se brinden los bienes y servicios funerarios.
3. Además se comprende que usted y yo aún tenemos obligaciones conforme al Contrato original, y que todas las disposiciones de dicho acuerdo que fueron enmendadas por el presente acuerdo permanecen en plena vigencia y efecto.
4. Esta cesión irrevocable se realiza exclusivamente para facilitar mi elegibilidad para beneficios y/o asistencia conforme al Título XIX, Ley del Seguro Social (Artículo 1396 y siguientes del Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés) 42) u otra ley que brinde un programa de asistencia pública.

Este acuerdo se firma en _____, Texas el día _____ de _____ de 20____.

Comprendo y acepto los términos del presente Acuerdo.

Firma del Tomador de la Póliza: _____

Lifetime Services, Inc.: _____