

Esta no es una solicitud de seguro de vida. Únicamente tiene fines de referencia.

**SOLICITUD DE
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA ENTERA
INDIVIDUAL**

COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY

OFICINA CENTRAL: CHICAGO, IL
OFICINA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS: [PO Box 4850, Norcross,
GA 30091-4850]

ENVIAR LA PÓLIZA POR CORREO A: Propietario Agente

Identificación de referencia: _____

1. ASEGURADO PROPUESTO									
Primer nombre			Inicial del segundo nombre		Apellido		N.º de Seguro Social/N.º de tarjeta verde		
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad (cumplida en el último cumpleaños)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAA)		Estado (EE. UU.)/País de nacimiento		Teléfono particular:		Teléfono celular:	
Dirección/apartamento N.º, calle					Ciudad		Estado	Código postal	
Responda únicamente si tiene entre 25 y 30 años: ¿Posee licencia de conducir? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							N.º de licencia de conducir	Estado	
Si la respuesta es "SÍ", proporcione el n.º de su licencia de conducir y el estado.									
Si la respuesta es "NO", brinde detalles en la Sección 6 Solicitudes especiales/Observaciones de la página 3.									
2. PROPIETARIO (Complete solo si el Propietario no es el Asegurado propuesto).									
Primer nombre			Inicial del segundo nombre		Apellido		Relación con el Asegurado propuesto		
Dirección postal (si no es el Asegurado)/apartamento N.º, calle					Ciudad		Estado	Código postal	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAA)		N.º de Seguro Social/N.º de tarjeta verde		Teléfono particular:			Teléfono celular:		
					Correo electrónico:				
Para designar a un Propietario secundario, proporcione información en la Sección 6 Solicitudes especiales/Observaciones de la página 3.									
3. BENEFICIARIO Para designar varios Beneficiarios principales o secundarios, proporcione información del beneficiario adicional que incluya el porcentaje compartido en la Sección 6 Solicitudes especiales/Observaciones de la página 3.									
Primer nombre del BENEFICIARIO PRINCIPAL			Inicial del segundo nombre		Apellido		Relación con el Asegurado propuesto		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAA)		N.º de Seguro Social/N.º de tarjeta verde		Teléfono particular:			Teléfono celular:		
					Correo electrónico:				
Dirección postal/apartamento N.º, calle					Ciudad		Estado	Código postal	
Primer nombre del BENEFICIARIO SECUNDARIO			Inicial del segundo nombre		Apellido		Relación con el Asegurado propuesto		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAA)		N.º de Seguro Social/N.º de tarjeta verde		Teléfono particular:			Teléfono celular:		
					Correo electrónico:				
Dirección postal/apartamento N.º, calle					Ciudad		Estado	Código postal	
4. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA <input type="checkbox"/> Marque aquí si está dispuesto a aceptar cualquier plan que figure a continuación para el cual reúna los requisitos según esta solicitud. El seguro para el que reúna los requisitos puede tener un retorno de prima de beneficio por muerte durante los primeros dos (2) o tres (3) años, un valor nominal menor del indicado en esta aplicación y las cláusulas adicionales pueden no estar disponibles. ¿Desea ajustar el valor nominal para que coincida con la prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Fecha de entrada en vigencia solicitada/ Fecha del débito ____ / ____ / ____			[Opciones de pago <input type="checkbox"/> De vida entera <input type="checkbox"/> Pago único <input type="checkbox"/> Pago provisional]		Plan de seguro básico <input type="checkbox"/> Beneficio completo de vida entera - [Dignified Choice Classic Elite] <input type="checkbox"/> Beneficio completo de vida entera - [Dignified Choice Classic Select] <input type="checkbox"/> Beneficio graduado de vida entera - [Dignified Choice Classic Advantage] <input type="checkbox"/> Beneficio graduado de vida entera - [Dignified Choice Classic Security]				
CONSUMO DE TABACO ¿En los últimos doce meses, ha usado alguna forma de tabaco o productos con nicotina, incluidos cigarrillos, cigarros, pipas, cigarrillos electrónicos, tabaco para mascar, rapé, parches de nicotina o goma de mascar de nicotina? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									

Monto pagado/recibido con la solicitud (Indique \$0 si la prima inicial debe ser debitada). \$ _____	Monto del seguro (Valor nominal) \$ _____	Monto de la prima básica (menos cláusulas adicionales) \$ _____	Cláusulas adicionales (si están disponibles) <input type="checkbox"/> Beneficio por muerte accidental <input type="checkbox"/> Cláusula adicional de seguro a término para hijos <input type="checkbox"/> Beneficio acelerado por muerte: enfermedad crónica <input type="checkbox"/> Beneficio acelerado por muerte: enfermedad crítica <input type="checkbox"/> Cláusula adicional de beneficio acelerado: enfermedad terminal]	Prima de la cláusula adicional \$ _____ \$ _____ (Sin cargo) (Sin cargo) (Sin cargo)	Préstamo automático de prima (DEBE seleccionar Sí o No) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	--	--	---	---

Frecuencia de pago Mensual Trimestral Semestral Anual

Modo de pago Débito de la 1.ª prima* Transferencia electrónica de fondos automática * Factura directa (anual, semestral o trimestral solamente)
 Facturas de lista/Facturación grupal (si están disponibles)
 Tarjeta de crédito Tarjeta de débito Direct Express]

*Si selecciona Débito de la 1.ª prima o Transferencia electrónica de fondos, complete la autorización en la página 4.

5. HISTORIA CLINICA

¿Cuánto mide y pesa actualmente? **ALTURA** _____ pies _____ pulgadas **PESO** _____ libras

PARTE 1 (Si responde "SÍ" a alguna de las preguntas de esta sección, NO ENVÍE LA SOLICITUD) **SÍ** **NO**

- ¿Está actualmente hospitalizado; recluso en una residencia para ancianos, hospicio, cama, institución de vida asistida, clínica de reposo o correccional; está internado; recibe atención médica en el hogar; o está limitado a una silla de ruedas debido a una enfermedad o trastorno?
- ¿Obtuvo un resultado positivo en la prueba por exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), o fue diagnosticado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) causado por la infección del VIH u otra enfermedad que derive de esa infección?
- ¿Le diagnosticó algún profesional de la atención médica matriculado alguna enfermedad terminal que se espera que tenga como resultado la muerte dentro de los próximos doce (12) meses?
- ¿Le recomendó algún profesional de la atención médica que se someta a un trasplante de órganos o de médula ósea; recibió un trasplante de corazón, pulmón, hígado o médula ósea; sufrió una amputación por alguna enfermedad; o recibió diálisis renal en los últimos doce (12) meses?
- ¿Está esperando un diagnóstico o el resultado de una prueba; o un profesional médico le recomendó someterse a una intervención quirúrgica, realizarse una prueba de diagnóstico (excepto de VIH) aparte de un chequeo de rutina que no se ha realizado?

PARTE 2 (Si responde "SÍ" a alguna de las preguntas en esta sección, el Asegurado propuesto será considerado para el plan de beneficio graduado [Classic Security].) **SÍ** **NO**

- ¿Le diagnosticó algún profesional de la atención médica retardo mental, síndrome de Down, parálisis cerebral, distrofia muscular, espina bifida, fibrosis quística, drepanocitosis o la enfermedad de Huntington? Indique si recibió tratamiento.
- ¿Le diagnosticó algún profesional de la atención médica insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de Alzheimer, demencia o la enfermedad de Lou Gehrig (esclerosis lateral amiotrófica)? Indique si recibió tratamiento, incluso si tomó medicamentos. ¿Ha recibido un implante de un desfibrilador cardíaco (excepto un implante de marcapasos)?
- Durante los últimos veinticuatro (24) meses, ¿le diagnosticó algún profesional de la atención médica algún tipo de cáncer como leucemia, melanoma o algún tipo de cáncer interno (que no sea cáncer de piel de células basales)? Indique si recibió tratamiento, incluso si tomó medicamentos.
- Durante los últimos seis (6) meses, ¿le diagnosticó algún profesional de la atención médica un ataque cardíaco?

PARTE 3 (Si responde "SÍ" a alguna de las preguntas en esta sección, el Asegurado propuesto será considerado para el plan de beneficio graduado [Classic Advantage]. Si responde "SÍ" a dos o más de las preguntas en esta sección, el Asegurado propuesto será considerado para el plan de beneficio graduado [Classic Security]). **SÍ** **NO**

- ¿Recibió atención de algún profesional de la atención médica o este le recomendó iniciar un tratamiento por enfermedad pulmonar crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis crónica, enfisema, enfermedad del pulmón negro, trastorno respiratorio crónico (sin incluir asma ni apnea de sueño)? Indique si recibió tratamiento, incluso si tomó medicamentos. ¿Utilizó oxígeno como asistencia para respirar (excepto para la apnea de sueño)?
- Durante los últimos treinta y seis (36) meses, ¿le diagnosticó algún profesional de la atención lo siguiente? Indique si recibió tratamiento, incluso si tomó medicamentos:
 - Enfermedad renal, insuficiencia renal, enfermedad hepática, hepatitis crónica, dependencia o abuso de drogas o alcohol, sarcoidosis, o lupus sistémico.
 - Esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, esquizofrenia o tumor cerebral. O bien, ¿se le internó u hospitalizó por algún trastorno mental o nervioso?
- En los últimos treinta y seis (36) meses:
 - ¿Ha estado en período de prueba o libertad condicional, o bien, ha sido condenado o declarado culpable por algún delito, o posesión o distribución de drogas o cualquier otra sustancia ilegal?
 - ¿Ha sido condenado por tres (3) o más infracciones al conducir, ha sido condenado por conducir bajo los efectos del alcohol o las drogas?
- Durante los últimos veinticuatro (24) meses, ¿le diagnosticó algún profesional de la atención médica lo siguiente? Accidente cerebrovascular (incluido un AIT), aneurisma, cardiomegalia, anginas, enfermedad vascular periférica, implante de marcapasos, stent, angioplastia, cirugía de derivación coronaria o algún procedimiento para mejorar la circulación al cerebro.

5. Durante los últimos treinta y seis (36) meses, ¿le diagnosticó algún profesional de la atención médica complicaciones de la diabetes, lo que incluye shock insulínico, coma diabético, retinopatía (ojos), nefropatía (riñones), neuropatía (nervios, sistema circulatorio), enfermedad arterial periférica, enfermedad vascular periférica o diabetes no controlada con tratamientos actuales? O bien, ¿se administró insulina para tratar la diabetes antes de los 50 años?
6. Durante los últimos siete a veinticuatro (7-24) meses, ¿le diagnosticó algún profesional de la atención médica un ataque cardíaco?

PARTE 4 (Si responde "SÍ" a alguna de las preguntas en esta sección, el Asegurado propuesto será considerado para el plan de beneficios completos [Classic Select]. Si responde "SÍ" a dos o más de las preguntas en esta sección, el Asegurado propuesto será considerado para el plan de beneficio graduado [Classic Advantage]). Si responde "NO" a todas las preguntas en todas las secciones, el Asegurado propuesto será considerado para el plan de beneficios completos [Classic Elite].

1. En los últimos cinco (5) años, ¿lo atendió algún profesional de la atención médica o le recomendó iniciar un tratamiento por cáncer leucemia, melanoma o algún tipo de cáncer interno (que no sea cáncer de piel de células basales)? Indique si recibió tratamiento, incluso si tomó medicamentos.
2. ¿Lo atendió algún profesional de la salud médica o le indicó iniciar un tratamiento por asma crónico o fibrilación auricular? Indique si recibió tratamiento, incluso si tomó medicamentos.
3. Actualmente, ¿necesita asistencia de otra persona para realizar actividades de la vida cotidiana como comer, bañarse, vestirse, ir al baño, controlar esfínteres, trasladarse desde y hacia la cama o una silla, o tomar medicamentos?

PARTE 5 Brinde los siguientes detalles de su última visita a un médico o centro médico (excepto los detalles relacionados con VIH, SIDA o CRS).

<u>Fecha de la última visita</u>	<u>Nombre y dirección del médico o centro médico</u>	<u>Motivo de la visita</u>	<u>Tratamiento/Diagnóstico</u>

6. SOLICITUDES ESPECIALES/OBSERVACIONES/DESIGNACIÓN DEL PROPIETARIO SECUNDARIO/INFORMACIÓN ADICIONAL DEL BENEFICIARIO

7. REEMPLAZO **SÍ** **NO**

- ¿Algún asegurado propuesto tiene un seguro de vida o anualidad existentes?.....
- ¿Pretende esta solicitud de seguro reemplazar algún seguro de vida o anualidad actualmente vigente?.....
- (Si responde "SÍ", envíe los formularios especiales que requiera el estado en el que se firma la solicitud).*

8. CONDICIONES RELACIONADAS CON LA SOLICITUD

He leído las preguntas y respuestas de todas las partes de esta solicitud, y acepto que están completas y son verdaderas a mi leal saber y entender. Acepto que esta solicitud forme parte de cualquier póliza que se emita. Ningún tipo de información del Asegurado propuesto se considerará otorgada a la Compañía a menos que esté indicado en la solicitud. Comprendo y acepto que ningún agente tiene la autoridad para prescindir de una respuesta completa a cualquier pregunta de la solicitud, transferir asegurabilidad, celebrar un contacto o modificarlo, ni para prescindir de ningún otro derecho o requisito de la Compañía; que ninguna póliza que se solicite entrará en vigencia hasta haberse emitido y enviado, y hasta haberse pagado y aceptado por parte de la Compañía, la primera prima completa, de acuerdo con el modo de pago seleccionado por el solicitante (y según lo permita la Compañía) y según lo estipule la póliza, durante la vida y el estado de salud del Asegurado Propuesto tal como se indica en la solicitud.

9. AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Autorizo a cualquier médico matriculado, practicante, hospital, clínica, administrador de beneficios de farmacia, otro tipo de centro médico o centro afín, compañía de seguro, MIB, Inc., agencia de información crediticia u otra organización, institución o persona que tenga registros o información de mi persona o de cualquier persona propuesta para el seguro a brindar esa información a Columbian Life Insurance Company ("la Compañía") o a sus reaseguradoras para fines de contratación o reclamación. Esta autorización también incluye información sobre drogas, alcoholismo, registros de medicamentos recetados o cualquier otra información de la historia clínica. Para facilitar el envío rápido de esta información, autorizo a todas las fuentes mencionadas, a excepción del MIB, a brindar esos registros o información a cualquier agencia empleada por la Compañía para recopilar y transmitir tal información. **Comprendo** que mi información puede estar sujeta a posteriores divulgaciones a terceros y que es posible que no cuente con la protección de las leyes federales de privacidad. **Autorizo a Columbian Life Insurance Company, o a sus reaseguradoras, a brindar un informe breve de mi información médica personal a MIB. Comprendo** que puede requerirse una entrevista telefónica para verificar o complementar la información que se proporciona a la Compañía en esta solicitud. Es posible que un entrevistador capacitado, que actúa en nombre de la Compañía, realice la entrevista desde la Oficina de servicios administrativos o desde una agencia de información crediticia. La fotocopia de este formulario tendrá la misma validez que el original; esta autorización tiene validez por dos (2) años a partir de la fecha que figura a continuación. Puede revocar esta autorización comunicándose con nosotros a [PO Box 1381 Binghamton, NY 13902-1381]. Sin embargo, conservamos el derecho a utilizar cualquier información obtenida bajo su autorización antes de revocarla. **He leído y comprendo** las Condiciones relacionadas con la solicitud, y la Autorización y reconocimiento. **Reconozco** haber recibido y revisado las Prácticas de información relacionadas con la suscripción de su solicitud. **Toda persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar o engañar a un asegurador, presente una demanda, o alguna solicitud que contenga información falsa, incompleta o confusa, será culpable de un delito de tercer grado.**

[Expreso mi consentimiento para el uso de mi firma electrónica y entiendo que mi firma electrónica es el equivalente legalmente vinculante a mi firma en puño y letra. En el futuro, no rechazaré el significado de mi firma electrónica ni declararé que mi firma electrónica no es legalmente vinculante].

10. INFORME DE AGENTE MATRICULADO

- ¿Algún Asegurado propuesto tiene un seguro de vida o anualidad existentes?..... SÍ NO
- ¿Pretende este seguro reemplazar, parcial o totalmente, algún seguro de vida o anualidad?..... SÍ NO
(Si responde "SÍ", envíe los formularios especiales que requiera el estado en que se firma la solicitud).
- ¿SE COMPLETÓ LA ENTREVISTA TELEFÓNICA? SÍ NO

Por el presente, afirmo que personalmente solicité y completé esta solicitud, y que todas las respuestas arriba proporcionadas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. La solicitud se firmó en mi presencia [o se reenvió al solicitante para que la firme].

DESTINATARIO SECUNDARIO/REPRESENTANTE EXTERNO

(El solicitante/propietario puede designar un destinatario secundario/representante externo para recibir una copia de las notificaciones de una prima vencida y una posible interrupción de la cobertura).

- No designar un destinatario secundario/representante externo en este momento
- Designar un destinatario secundario/representante externo (incluir nombre completo y dirección de la persona designada):

PAGADOR (Complete solo si el Pagador no es el Propietario).

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido o nombre de la compañía si el Pagador es una sociedad anónima		
Dirección postal (n.º de departamento, calle)		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Correo electrónico:		

PAGO DE LA PRIMA INICIAL

Monto de la prima inicial: \$ _____

- Debitar la prima inicial de la cuenta que figura a continuación en una fecha futura. **Si selecciona una fecha de débito de la prima inicial en el futuro, no tendrá cobertura potencial hasta esta fecha conforme al Recibo condicional.**
- Al especificar un día del mes (del 1 al 28), el primer débito debe realizarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la solicitud.
 - Al especificar un día de la semana y una semana del mes (por ejemplo, el tercer miércoles del mes), el primer débito debe realizarse dentro de los 35 días posteriores a la fecha de la solicitud.
- Debitar la prima inicial **al recibir** la solicitud en la oficina de Columbian de la cuenta que figura a continuación. **Tenga en cuenta que el débito de su cuenta bancaria puede realizarse el mismo día en que su agente envíe esta solicitud.**
- Cheque, cheque de cajero o giro postal. Al firmar a continuación, usted autoriza a la Compañía a iniciar una transferencia electrónica de fondos desde su cuenta bancaria si el pago se realiza con un cheque. **Tenga en cuenta que el débito de su cuenta bancaria puede realizarse el mismo día en que su agente envíe esta autorización.**

PAGOS DE LAS PRIMAS CONTINUAS

- Factura directa (no disponible para el modo de pago mensual)
- Transferencia electrónica de fondos

Solicito la extracción de los pagos el: (ELIJA UNA FECHA) Fecha (1 al 28) _____ (O BIEN) Semana (1.ª a 4.ª) _____/Día (Lun a Vie) _____ a partir del mes de _____.

AUTORIZACIÓN DE CUENTA BANCARIA (Complete si la prima inicial o las primas continuas se debitarán de una cuenta).

Autorizo que se realicen débitos desde mi cuenta que sean pagaderos a Columbian Life Insurance Company, siempre y cuando la cuenta tenga fondos suficientes. Acepto que si se rechaza el débito, ustedes no serán responsables si el débito rechazado provoca la caducidad del seguro.

Debe prescindirse de cualquier requisito de notificación de las primas adeudadas siempre que este plan de transferencia electrónica de fondos esté vigente. La prima se considerará pagada una vez que la Compañía reciba el pago real. El uso de este plan de ninguna manera debe cambiar las disposiciones de la póliza en relación con la finalización de dicha póliza por falta de pago de la prima adeudada.

Este plan seguirá vigente hasta que lo cancele la Compañía o yo mediante notificación por escrito a la otra parte con treinta días de antelación. La Compañía puede finalizar el plan de transferencia electrónica de fondos si no se pagan los cheques o las transferencias electrónicas de fondos a la vista. Después de finalizar el plan de transferencia electrónica de fondos, las primas adeudadas según la póliza posterior a esa finalización deberán pagarse directamente a la Compañía a la cantidad de prima mínima disponible al momento de la emisión.

Institución financiera _____ Tipo de cuenta: Cuenta corriente (**adjunte el cheque anulado si está disponible**) o Caja de ahorros

Clave bancaria o de tránsito

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

 La clave bancaria debe tener 9 dígitos.

Número de cuenta

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

 Puede tener hasta 17 posiciones en un número de cuenta.

Nombre del titular de la cuenta bancaria

Fecha

PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN RELACIONADAS CON LA SUSCRIPCIÓN DE SU SOLICITUD

Gracias por elegir el seguro de Columbian Life Insurance Company. Al solicitar el seguro de vida o de salud, usted recibe esta Notificación que incluye los tipos de información que podemos obtener con relación a su solicitud. **Toda su información personal se manejará en forma confidencial.**

INFORME DE ANTECEDENTES CREDITICIOS

Podemos obtener un informe de antecedentes crediticios e informar a la agencia de información crediticia el monto y tipo de cobertura. El informe puede contener información sobre su identidad, edad, residencia, empleo actual y anterior (incluidas las obligaciones laborales), nivel económico, antecedentes de tránsito, reputación personal y comercial en la comunidad y modo de vida, pero no incluirá información directa o indirectamente relacionada con la orientación sexual.

IDENTIFICACIÓN

Para obtener los datos arriba descritos, el asegurador puede proporcionar mi nombre, dirección, y lugar y fecha de nacimiento a las personas u organizaciones antes mencionadas.

ACCESO A LA INFORMACIÓN

Puede solicitar por escrito que Columbian Life Insurance Company le envíe información sobre la naturaleza y el alcance de un informe de antecedentes crediticios. Dentro de los cinco (5) días laborables de haber recibido la solicitud por escrito, le proporcionaremos el nombre, la dirección y el número de teléfono de la agencia asignada para elaborar el informe. Si se comunica con la agencia de informes crediticios, puede inspeccionar o recibir una copia del informe.

DÓNDE ESCRIBIRNOS

Usted tiene derecho de acceso y corrección de esta información. Si desea obtener una explicación más detallada de nuestras prácticas de información, envíe su solicitud por escrito a Underwriting Department, Columbian Life Insurance Company, [PO Box 4850, Norcross, GA 30091-4850].

NOTIFICACIÓN PREVIA DE MIB, INC.

MIB, Inc. es una organización miembro sin fines de lucro de las compañías de seguro de vida. El MIB proporciona a sus miembros intercambio de información. Conserva información importante para la suscripción sobre solicitantes y titulares de pólizas, tal como lo proporcionan las compañías miembro. Tal información está disponible solo para las compañías miembro y solo cuando tales compañías cuenten con una autorización firmada por usted para solicitar la información.

Utilizamos el MIB para verificar información importante para la suscripción, pero solo como una guía para identificar las áreas de las que podríamos necesitar más información antes de tomar una decisión final sobre la suscripción. Columbian Life no depende, total ni parcialmente, de un informe del MIB para tomar una decisión final sobre la suscripción.

Elaboramos un breve informe para el MIB sobre las personas de las que tenemos información importante para la suscripción. No informaremos las medidas que hayamos tomado con respecto a su solicitud. El MIB, a solicitud, proporciona a otras compañías miembro la información que tiene archivada si dicha compañía recibe una solicitud de seguro de vida o de salud, o una reclamación de beneficios. El reglamento del MIB requiere que una compañía miembro cuente con nuestra autorización antes de solicitar información sobre usted.

Si tiene dudas sobre la precisión de la información archivada en el MIB, puede comunicarse con MIB, Inc. y solicitar la corrección según los procedimientos que establece la Ley Federal sobre Información Crediticia Fidedigna. La dirección de la oficina de información del MIB, Inc. es (50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734, número de teléfono [866] 692-6901. El sitio web del MIB es www.mib.com).

RECIBO CONDICIONAL

Completar únicamente cuando se recibe el pago

TODOS LOS CHEQUES PARA PRIMAS DEBEN SER PAGADEROS A COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY.
LOS CHEQUES NO DEBEN SER PAGADEROS AL AGENTE Y SIEMPRE DEBE INCLUIRSE EL BENEFICIARIO.

Recibí de (en letra de imprenta) _____, el monto de _____ por la vida de (Asegurado propuesto) _____. Columbian Life Insurance Company ("la Compañía") acepta este pago en relación con su solicitud de seguro y, sujeto a los términos y condiciones de este Recibo condicional, y a todos los términos y condiciones de la póliza solicitada, acepta brindar cobertura conforme a las siguientes condiciones:

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA: siempre que se cumplan todas las condiciones especificadas a continuación, la cobertura conforme a este Recibo condicional comenzará en la Fecha de suscripción (según se define a continuación) o en la fecha de la póliza específica que se pide en la solicitud, lo que suceda después. La fecha de suscripción es (1) la fecha de la solicitud; o (2) la fecha en que se completan todos los requisitos de suscripción, según lo requerido por las reglas de suscripción de la Compañía, lo que suceda después.

CONDICIONES: la cobertura del seguro conforme a este Recibo condicional comenzará en la Fecha de entrada en vigencia (según se define anteriormente) solo si, en esa fecha, se cumplen todos los siguientes criterios:

- (1) Usted pagó la prima inicial en su totalidad en relación con la póliza solicitada.
- (2) Todos los Asegurados propuestos eran asegurables a tasas estándar a la fecha de la solicitud.
- (3) La Compañía puede emitir la póliza tal como se solicitó.
- (4) El monto del seguro solicitado, con respecto a cualquier Asegurado propuesto, no supera los \$50,000.

FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA: los seguros proporcionados conforme a este Recibo condicional finalizarán: (1) inmediatamente si la Compañía reembolsa su pago o el Banco no pagó su cheque; o (2) en la fecha en que la cobertura conforme a la póliza solicitada entra en vigencia; o (3) noventa (90) días después de la fecha de la solicitud.

**AVISO IMPORTANTE PARA EL AGENTE: NO FIRME EL RECIBO CONDICIONAL
A MENOS QUE SE TOMA LA PRIMA CON LA SOLICITUD.**