



SOLICITUD

Columbian Financial

Póliza término SafeShield

Florida

RECORDATORIO IMPORTANTE: TODAS LAS SOLICITUDES DEBEN CARGARSE EN EQUIS FINANCIAL USANDO EL TABLERO DE AGENTES. NO ENVÍE SOLICITUDES DIRECTAMENTE A LA ASEGURADORA.

Nombre en el formulario

Cuándo debe completar este formulario

Hoja de datos de beneficios en vida

Nunca. Este formulario es para referencia del agente únicamente.

Portada de CFG:

Siempre se requiere

Solicitud de seguro de vida individual:

Siempre se requiere

Formulario de reemplazo 1500CFG y 1501CFG (3 páginas):

Se requiere solo si reemplaza el seguro actual del Solicitante.

Divulgación de cláusulas adicionales de beneficio en vida 6058-CL (FL) (4 páginas):

Se requiere solo si las cláusulas adicionales para el beneficio en vida se seleccionan para **no devolución** en relación con la póliza de la prima.

Autorización para enviar el formulario para cheques por fax 5042CFG:

Se requiere si envía un cheque real porque el Solicitante elige que la prima de los primeros meses no se debite mediante transferencia electrónica de fondos. Este formulario se utiliza en raras ocasiones, ya que a la mayoría de los clientes se les debita la prima de los primeros meses.

Notas: es importante tener en cuenta que los beneficios en vida son gratuitos, pero usted debe seleccionarlos en la página 1 de la solicitud y debe completar el formulario de divulgación requerido para que su cliente reciba los beneficios. El beneficio por enfermedad crónica solo está disponible en las pólizas con valores nominales de \$42,000 o más. El beneficio por enfermedad crónica requiere que también se complete la sección 7 de la solicitud. El hecho de no cumplir con los requisitos antes nombrados o de marcar los casilleros para Beneficios en vida para una póliza que no califica dará lugar a una enmienda.

DESCARTE ESTA PORTADA. NO ENTREGUE LA PORTADA CON LA SOLICITUD COMPLETA

Cláusulas adicionales de beneficio en vida SafeShield®

Hoja de datos

Columbian ofrece tres cláusulas adicionales de beneficio en vida sin prima adicional en pólizas SafeShield® elegibles. Las cláusulas adicionales le permiten al asegurado acelerar una parte del beneficio por muerte para afecciones cubiertas mientras el asegurado aún está con vida. **Las cláusulas adicionales de beneficio en vida pueden ser un gran punto de venta:**

- Brindan protección extra sin *un costo adicional de la prima*.
- Le permiten al Propietario de la póliza *disfrutar de primas más bajas de una póliza a término, al mismo tiempo que brindan acceso a fondos*, en caso de ser necesarios debido a una enfermedad terminal, crítica o crónica.
- *No hay restricciones* en relación con la manera en que se puede gastar el dinero del pago acelerado de beneficios.
- Le permiten al Propietario de la póliza *elegir el porcentaje* a acelerar.
- *El beneficio restante de la póliza permanece vigente* después de la aceleración.
- *Las primas de la póliza se reducen* después de la aceleración.
- *La cobertura del Seguro a término para hijos, el Beneficio por muerte accidental o los Ingresos por discapacidad no se ven afectados* por la aceleración.

Para algunos clientes, la disponibilidad de Cláusulas adicionales de beneficio en vida es el principal factor en su decisión de adquirir una póliza. Si no lleva a cabo su presentación de ventas SafeShield® con estas cláusulas adicionales, se está perdiendo una gran oportunidad de ventas.

Cláusula adicional	Beneficio acelerado: enfermedad terminal	Beneficio acelerado: enfermedad crítica*	Beneficio acelerado: enfermedad crónica
Disponible con	Planes no ROP	Planes no ROP	<ul style="list-style-type: none"> – Planes no ROP – La Cláusula adicional de enfermedad crónica e ingresos por discapacidad no puede adjuntarse a la misma póliza
Edades al momento de emisión	Igual que las pólizas básicas		
Prima	Sin primas adicionales		
Suscripción	Sin preguntas relacionadas con la salud		2 preguntas relacionadas con la salud
Formulario de divulgación	Formulario de divulgación requerido		
Evento que califica	Enfermedad terminal y expectativa de vida de 12 meses o menos	<ul style="list-style-type: none"> – Cáncer potencialmente mortal – Esclerosis lateral amiotrófica – Insuficiencia renal – Ataque cardíaco – Insuficiencia de un órgano principal – Accidente cerebrovascular 	<ul style="list-style-type: none"> – Incapacidad permanente para realizar 2 de las 6 actividades de la vida cotidiana – Deterioro cognitivo grave permanente
Beneficio acelerado	Hasta el 95 % del beneficio por muerte elegible (máximo 24 % por año para enfermedad crónica) <ul style="list-style-type: none"> – Aceleración mínima \$5,000 – Valor nominal residual mínimo \$5,000 – Monto del pago mínimo \$1,000 – Cargo de servicio administrativo \$250 (\$100 en Florida) 		
Cantidad de aceleraciones	Solo una	Ilimitada	Ilimitada
Efecto sobre la póliza	El valor nominal se reduce por el porcentaje de aceleración.		
Efecto sobre las primas	Las primas se reducen por el porcentaje de aceleración. No se reduce el cargo de la póliza.		
Período de cobertura	Las cláusulas adicionales terminan cuando el monto acelerado total conforme a todas las cláusulas adicionales equivale al monto máximo de beneficios acelerados. La Cláusula por enfermedad terminal finalizará luego de que el beneficio acelerado se haya pagado conforme a la cláusula adicional.		

*No disponible en Connecticut.

Cláusulas adicionales de beneficio en vida SafeShield®

Datos importantes para recordar:

- Estas cláusulas adicionales no tienen cargo de prima adicional. Se deducirá un cargo administrativo del pago de beneficios acelerado si se utiliza un beneficio de la cláusula adicional.
- Se le debe proporcionar un Formulario de divulgación de cláusulas adicionales de beneficio en vida al Solicitante antes de solicitar las cláusulas adicionales. Se debe presentar una copia firmada con la solicitud.
- Se deben marcar los casilleros correspondientes en el formulario de solicitud para solicitar dichas cláusulas adicionales.
- La Cláusula adicional por enfermedad crónica e ingresos por discapacidad no puede adjuntarse a la misma póliza.
- No hay requisitos adicionales de suscripción para las cláusulas adicionales por enfermedad terminal o enfermedad crítica. Al solicitar la cláusula adicional por enfermedad crónica, se deben responder las dos preguntas en la Parte 7 de la solicitud.
- El Propietario de la póliza elige el Monto de la aceleración, sujeto a límites.
 - La aceleración debe ser de al menos \$5,000 y debe permitir un valor nominal residual de al menos \$5,000.
 - El máximo conjunto para todos los Montos de la aceleración es del 95 % del beneficio por muerte elegible de la póliza en la fecha de la primera aceleración.
 - Conforme a la Cláusula adicional por enfermedad crónica, el monto máximo que puede acelerarse en un período de 12 meses equivale al 24 % del beneficio por muerte elegible.
- El monto pagadero se basa en la mortalidad esperada del Asegurado al momento de la reclamación. Algunos eventos que califican pueden impactar en la calidad de vida del Asegurado sin tener un impacto importante en la mortalidad. En este caso, el beneficio de aceleración puede ser bastante reducido o tal vez no haya ningún beneficio pagadero en absoluto.
- El propietario recibirá por correo postal una carta de oferta en la que se detalla el monto pagadero para su aceptación o rechazo.
- Un pago de beneficios por muerte acelerado generará una reducción en el valor nominal y la prima básica de la póliza. No se realizará ninguna reducción en el cargo de la póliza anual. La cobertura de Renuncia a primas y las primas asociadas se reducirán debido a la disminución del valor nominal.
- La Cláusula adicional por enfermedad terminal finalizará luego de un pago acelerado conforme a la cláusula adicional.
- Las cláusulas adicionales de beneficio en vida no constituyen un seguro de atención a largo plazo.
- La recepción de beneficios acelerados puede estar sujeta a impuestos y puede afectar la capacidad de su cliente para recibir determinados beneficios o privilegios del gobierno. El beneficio puede considerarse un activo al determinar la elegibilidad.

Solo para uso por parte de los agentes. No se debe usar con consumidores. Esto hace referencia a los formularios de cláusulas adicionales número 1H906-CL, 1H907-CL y 1H908-CL o las variaciones según el estado. Las especificaciones y la disponibilidad de los productos pueden variar según el estado. Cláusulas adicionales son disponibles en California.

Columbian Life Insurance Company: Oficina central: Chicago, IL • Oficina de Servicios Administrativos: Binghamton, NY

FAX AL: (877) 270-3266

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA PORTADA DEL FAX DE SOLICITUD A TÉRMINO DE EMISIÓN SIMPLIFICADA

Cantidad total de páginas:

NOMBRE DEL ASEGURADO PROPUESTO: _____

*****Presente una portada de fax por separado para cada solicitud*****

Antes de enviar la solicitud por fax, complete la siguiente lista de verificación para asegurar procesamiento y servicio rápidos:

- Solicitud debidamente completada y firmada.**
- Formularios de divulgación debidamente completados y firmados:**
 - **Según sea necesario:** divulgación correspondiente requerida por el estado si se solicita el formulario 6141-CL de opción de beneficio acelerado por muerte o la variación estatal y cualquier otro formulario de divulgación requerido por el estado.
- Formularios de reemplazo debidamente completados según lo define el estado en el que se firma la solicitud.**

PARA LA PRIMA INICIAL:

- Cheque para la prima inicial (no giros postales) y autorización firmada para enviar el cheque por fax. Los cheques personales y de la agencia deben ser pagaderos a Columbian y deben estar firmados por el titular de la cuenta.**

O BIEN
- Para el débito inmediato de la prima inicial, complete la AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS ÚNICA E INMEDIATA que consta en la página 5 de la solicitud.**

O BIEN
- Para que la prima inicial se debite en una fecha específica, complete la autorización para el PRIMER DÉBITO Y TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS CONTINUA que consta en la página 5 de la solicitud.**

No haga fotocopias reducidas de las solicitudes. El número de formulario de cada uno de estos debe ser legible.

Enviado por fax antes del: _____

Su dirección de correo electrónico: _____

Su número de teléfono: _____

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

COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA A TÉRMINO INDIVIDUAL

OFICINA CENTRAL: CHICAGO, IL
 OFICINAS DE SERVICIO ADMINISTRATIVO: [4704 VESTAL PARKWAY EAST
 PO Box 1381, Binghamton, NY 13902-1381
 (800) 423-9765 / www.cfqlife.com]

ENVIAR LA PÓLIZA POR CORREO A: Agente Propietario

1. ASEGURADO PROPUESTO

Nombre (Apellido, inicial del segundo nombre, primer nombre)	Número de seguro social	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Estado de nacimiento
Dirección/apartamento N.º, ciudad, estado, código postal			Número de teléfono: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Celular ()		

2. PROPIETARIO (Complete solo si el Propietario no es el Asegurado propuesto).

Nombre del Propietario	Número de seguro social	Relación con el Asegurado propuesto
Dirección postal / (si no es el Asegurado)		

3. BENEFICIARIO

Nombre y dirección	Relación	Número de teléfono	N.º del Seguro Social
Principal			
Secundario			

4. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

(Seleccione su medio preferido para recibir correspondencia de parte nuestra: Correo postal Correo electrónico
[Si elige correo electrónico, brinde su dirección de correo electrónico].

Dirección de correo electrónico

PLAN DE SEGURO: <input type="checkbox"/> A término de 15 años <input type="checkbox"/> A término de 20 años <input type="checkbox"/> A término de 30 años Beneficio de devolución del 50 % de la prima <input type="checkbox"/> A término de 20 años <input type="checkbox"/> A término de 30 años Beneficio de devolución del 100 % de la prima <input type="checkbox"/> A término de 20 años <input type="checkbox"/> 30 años	CLÁUSULAS ADICIONALES: <input type="checkbox"/> Beneficio por muerte accidental <input type="checkbox"/> Renuncia a primas: discapacidad <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"/> Beneficio acelerado por muerte: enfermedad terminal]	MONTO DEL SEGURO (Valor nominal): \$ _____	MONTO PAGADO CON LA SOLICITUD: \$ _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

Modo de pago: (Anual \$ _____ Semestral \$ _____
 Transferencia electrónica de fondos (EFT): especifique si es anual, semestral o mensual _____
 \$ _____
 Debitar la 1.ª prima? [Consulte Opciones de pago inicial en la página 4].

Fecha de vigencia solicitada:

Monto de la cláusula adicional para hijos: _____ unidades (Los hijos abarcan hijos naturales, hijastros e hijos legalmente adoptados).

Nombre	Sex	Fecha de nacimiento	Altura/Peso	Beneficiario
			/	Se aplica a todos los hijos, incluidos hijos agregados luego de la fecha de emisión. NOMBRE: RELACIÓN:
			/	
			/	

5. HISTORIA CLÍNICA

SECCIÓN A.		SÍ	NO
1.	¿Todos los asegurados propuestos son ciudadanos estadounidenses, residentes permanentes de EE. UU. o poseen una visa permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Actualmente tiene empleo? Si la respuesta es "NO," explique _____ Ocupación: _____ Ingresos anuales: _____ Ingresos totales del grupo familiar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Posee licencia de conducir? Si la respuesta es "NO," brinde detalles: _____ Si la respuesta es "SÍ," proporcione el número de licencia de conducir y el estado: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	En los últimos tres (3) años, ¿alguno de los asegurados propuestos... ■ ... 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 o más infracciones al conducir, ha sido condenado por conducir bajo los efectos del alcohol o las drogas, o bien se le ha suspendido o revocado la licencia de conducir? Si la respuesta es "SÍ" a lo anterior, brinde los detalles: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿En los últimos doce (12) 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"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN B. Si la respuesta es "SÍ" a las preguntas de las Secciones B (preguntas 2 a 5) o C, brinde detalles en el cuadro que consta a continuación. SÍ NO

1.	¿Alguno de los asegurados propuestos obtuvo un resultado positivo en la prueba de exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), o fue diagnosticado por un profesional médico con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado con el SIDA (CRS) causado por la infección del VIH u otra enfermedad o afección que derive de esa infección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Alguna vez alguno de los asegurados propuestos recibió un trasplante de órganos o médula ósea, o fue recomendado por un médico para someterse a esta intervención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguno de los asegurados propuestos actualmente está:		
	a. ... postrado en una cama o confinado a un hospital, residencia para ancianos u otro centro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. ... usando alguno de los siguientes elementos: caminador, silla de ruedas, scooter eléctrico, oxígeno o catéter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "Sí," brinde detalles: _____		
4.	a. ¿Cuánto mide y pesa actualmente? ALTURA ___ pies ___ pulgadas PESO _____ libras		
	b. ¿Algún antecedente sin explicación de pérdida de peso de más de 10 libras el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "Sí," brinde detalles: _____		
5.	En los últimos tres (3) años, ¿alguno de los asegurados propuestos...		
	a. ... ha practicado ala delta, salto desde acantilados, buceo a más de 130 pies de profundidad, paracaidismo, salto en caída libre, escalada de rocas o montañas, o bien ha conducido (cualquier tipo de vehículo) a velocidades superiores a los 100 mph (tierra o agua) o planea realizar dicha actividad en los próximos 2 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. ... ha volado como estudiante de piloto o piloto privado con más 250 horas de vuelo por año, ha utilizado una aeronave ultraliviana o planea esta actividad en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "Sí" a alguna respuesta, brinde detalles: _____		

SECCIÓN C.		SÍ	NO
1.	En los últimos tres (3) años, ¿a alguno de los asegurados propuestos se le ha rechazado, pospuesto, valuado o negado un reintegro, o bien, alguna compañía de seguro le ha solicitado que pague una prima extra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	En los últimos cinco (5) años, ¿alguno de los asegurados propuestos...		
	a. ... ha consumido cocaína, estupefacientes, alucinógenos, barbitúricos, anfetaminas, marihuana u otros fármacos, salvo los recetados por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. ... ha recibido el consejo de un profesional de atención médica para reducir o detener el consumo de alcohol o drogas, o bien, ha recibido tratamiento para el abuso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿A alguno de los asegurados propuestos se le ha diagnosticado diabetes antes de los 35 años o complicaciones de la diabetes, o ha recibido tratamiento por parte de un profesional médico para esta enfermedad o complicaciones, lo que incluye shock insulínico, coma diabético, retinopatía (ojos), nefropatía (riñones), neuropatía (nervios, sistema circulatorio), úlceras en las piernas, amputación o diabetes no controlada con tratamientos actuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	En los últimos diez (10) años, ¿a alguno de los asegurados propuestos se le ha diagnosticado alguna de estas enfermedades o ha recibido tratamiento para estas por parte de un profesional médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Cáncer (que no sea carcinoma de células basales o células escamosas de la piel), leucemia o linfoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Accidente cerebrovascular (ACV), accidente isquémico transitorio (AIT), parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Lupus sistémico, sarcoidosis, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, enfermedad/trastorno degenerativo de los músculos o los nervios, enfermedad/trastorno del sistema inmunitario o el tejido conjuntivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. Esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión profunda, retraso mental, síndrome de Down, enfermedad de Alzheimer, demencia, enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Arteriopatía coronaria, ataque cardíaco, cirugía de derivación coronaria, angioplastia coronaria, reemplazo de válvula cardíaca, angina, arritmia cardíaca, cardiopatía congénita, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca congestiva, marcapasos, desfibrilador, aneurisma, enfermedad o trastorno cerebral, arterias periféricas, sangre, hígado, páncreas o riñón (aparte de cálculos renales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Enfisema, EPOC o asma que ha requerido una o más consultas de atención de emergencia aguda u hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. Epilepsia y convulsiones recurrentes con la última convulsión producida en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Alguno de los asegurados propuestos está esperando un diagnóstico de un profesional médico o un profesional médico le ha recomendado someterse a una intervención quirúrgica, realizarse una prueba de diagnóstico o una evaluación médica o mental que no se ha realizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	En los últimos cinco (5) años, ¿a alguno de los asegurados propuestos se le han recetado medicamentos o ha tomado algún medicamento recetado por un profesional médico, o bien, ha estado hospitalizado o ha consultado con un médico o centro médico por algún motivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABLA PARA RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS SECCIONES B (preguntas 2 a 5) O C					
Persona propuesta para el seguro	Nombre del medicamento (Copia de la etiqueta de la farmacia)	Fecha de la última toma	Nombre y dirección del médico o centro médico	Tratamiento/Diagnóstico	Fechas y duración

6. RESPONDA ÚNICAMENTE SI SOLICITA LA CLÁUSULA ADICIONAL DE BENEFICIO ACELERADO POR ENFERMEDAD CRÓNICA		SÍ	NO
1.	¿Necesita asistencia o supervisión para realizar alguna de las siguientes actividades de la vida cotidiana: bañarse, comer, vestirse, ir al baño, caminar, trasladarse desde y hacia la cama o una silla, o controlar esfínteres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Alguna vez un profesional médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades o trastornos, o ha consultado con un profesional médico en relación con estos, o bien, se ha sometido a una prueba de detección o un profesional médico le ha aconsejado realizarse una prueba o hacer un tratamiento en relación con estas enfermedades o trastornos?		
	a. Pérdida de memoria, deterioro cognitivo, síndrome psiquiátrico de causa orgánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Fracturas debido a osteoporosis, adormecimiento, temblores, desequilibrio o cualquier afección que limite el movimiento o la movilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. REEMPLAZO:		SÍ	NO
	¿Algún asegurado propuesto tiene un seguro de vida o anualidad existentes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Pretende esta solicitud de seguro reemplazar algún seguro de vida o anualidad actualmente vigente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Si responde "Sí", envíe los formularios especiales que requiera el estado en el que se firma la solicitud).</i>			
8. SOLICITUDES ESPECIALES/OBSERVACIONES:			
9. 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. 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 (a excepción de lo dispuesto en el Recibo condicional que lleva el mismo número que esta solicitud) 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.			
10. AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO:			
<p>Autorizo a cualquier médico matriculado, practicante, hospital, clínica, administrador de beneficios de farmacia, otro tipo de centro médico o centro afin, 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 asegurado propuesto, 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, y continuará vigente luego de mi muerte en caso de que esta se produzca dentro de ese periodo de dos (2) años. 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.</p>			
11. INFORME DE AGENTE MATRICULADO:			
	¿Algún asegurado propuesto tiene un seguro de vida o anualidad existentes?.....	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
	¿Pretende este seguro reemplazar, parcial o totalmente, algún seguro de vida o anualidad?.....	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<i>(Si responde "Sí", envíe los formularios especiales que requiera el estado en que se firma la solicitud).</i>			
Por el presente, afirmo que personalmente solicité, testifiqué y completé esta solicitud, y que todas las respuestas arriba proporcionadas son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.			
DESTINATARIO SECUNDARIO/REPRESENTANTE EXTERNO			
<i>(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).</i>			
<input type="checkbox"/> No designar un destinatario secundario/representante externo en este momento			
<input type="checkbox"/> 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																						
<input type="checkbox"/> Debitar la prima inicial de la cuenta que figura a continuación <u>en una fecha futura</u> . 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.																						
<input type="checkbox"/> 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.																						
<input type="checkbox"/> Cheque, cheque de cajero o giro postal																						
PAGOS DE LAS PRIMAS CONTINUAS																						
<input type="checkbox"/> Factura directa (no disponible para el modo de pago mensual) <input type="checkbox"/> 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)																						
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>																						
Institución financiera _____ Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cuenta corriente (adjunte el cheque anulado si está disponible) o <input type="checkbox"/> Caja de ahorros																						
Clave bancaria o de tránsito <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> La clave bancaria debe tener 9 dígitos.																						
Número de cuenta <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Puede tener hasta 17 posiciones en un número de cuenta.																						
_____ Nombre del titular de la cuenta bancaria																						

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 1381, Binghamton, NY 13902-1381].

MIB, INC. 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

Complete únicamente cuando se recibe la prima completa con la solicitud

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 \$500,000.

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 TOME LA PRIMA CON LA SOLICITUD.**

**AVISO A LOS SOLICITANTES
CON RESPECTO AL
REEMPLAZO
DEL SEGURO DE VIDA**

OFICINA CENTRAL DE • COLUMBIAN MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY:
BINGHAMTON, NY
OFICINA CENTRAL DE • COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY:
CHICAGO, IL
OFICINAS DE SERVICIO ADMINISTRATIVO:
VESTAL PARKWAY EAST • PO BOX 1381 • BINGHAMTON, NY 13902-1381
507 PLUM STREET • PO BOX 1056 • SYRACUSE, NY 13201-1056

La decisión de adquirir una nueva póliza y discontinuar o cambiar una póliza existente puede ser una elección inteligente o un error.

Reúna todos los datos. Asegúrese de comprender totalmente tanto la póliza propuesta como sus pólizas existentes. Las nuevas pólizas pueden contener cláusulas que limiten o excluyan la cobertura de ciertos eventos en el período inicial del contrato, como las cláusulas sobre suicidio y las cláusulas indiscutibles que es posible que ya se hayan cumplido en sus pólizas existentes.

Su mejor fuente de datos sobre la póliza propuesta es la compañía propuesta y su agente. La mejor fuente sobre su póliza existente es la compañía existente y su agente.

Escuche a ambas antes de tomar su decisión. De este modo puede asegurarse de que su decisión sea lo mejor para usted.

Si indica que pretende reemplazar o cambiar una póliza existente, las reglamentaciones de Florida exigen notificar a la compañía que emitió la póliza.

Las reglamentaciones de Florida le dan derecho a recibir un Formulario con información comparativa por escrito, en el que se resumen los valores de su póliza. Indique si desea o no recibir un Formulario con información comparativa de la compañía propuesta y de sus aseguradores existentes colocando sus iniciales en el casillero correspondiente a continuación.

[] []
Sí No

NO TOME NINGUNA MEDIDA PARA DAR POR FINALIZADA SU PÓLIZA EXISTENTE HASTA QUE SE HAYA EMITIDO SU NUEVA PÓLIZA, LA HAYA EXAMINADO Y LA CONSIDERE ACEPTABLE.

He leído este aviso y he recibido una copia de este.

Información en las pólizas que puede reemplazarse:

<u>Nombre de la compañía</u>	<u>Número de póliza</u>	<u>Nombre del asegurado</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**FORMULARIO CON INFORMACIÓN COMPARATIVA
PARA EL SEGURO PROPUESTO**

OFICINA CENTRAL DE • COLUMBIAN MUTUAL LIFE INSURANCE
COMPANY: BINGHAMTON, NY
OFICINA CENTRAL DE • COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY:
CHICAGO, IL
OFICINAS DE SERVICIO ADMINISTRATIVO:
VESTAL PARKWAY EAST • PO BOX 1381 • BINGHAMTON, NY 13902-1381
507 PLUM STREET • PO BOX 1056 • SYRACUSE, NY 13201-1056

**FORMULARIO DE REEMPLAZO DE CFG DE FLORIDA - FORMULARIO CON INFORMACIÓN
COMPARATIVA PARA EL SEGURO PROPUESTO**

(Asegurado propuesto)

(Dirección del asegurado)

(Nombre del agente reemplazante)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Nombre genérico de la póliza _____

Número de póliza _____

Fecha de emisión _____

Edad al momento de la emisión _____

Vencimiento del período impugnabile _____

Vencimiento del período de suicidio _____

Tasa del préstamo de la póliza _____

DESCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA/CLÁUSULA ADICIONAL:

<u>NOMBRE DE LA PÓLIZA/ CLÁUSULA ADICIONAL</u>	<u>BENEFICIO INICIAL/CONTINUO</u>	<u>(EDAD) BENEFICIO DESDE</u>	<u>(EDAD) BENEFICIO HASTA</u>	<u>PRIMA INICIAL/ANUAL DE RENOVACIÓN</u>	<u>(EDAD) PAGADERA DESDE</u>	<u>(EDAD) PAGADERA HASTA</u>
----------------------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

PRIMA ANUAL
INICIAL TOTAL \$ _____ **MODO DE PAGO** _____ **MONTO \$** _____

PRIMA ANUAL
DE RENOVACIÓN TOTAL \$ _____ **MONTO \$** _____

DIVULGACIÓN COMBINADA DEL SEGURO PROPUESTO PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL

AÑO	EDAD	GARANTÍAS				PROYECCIONES*			
		PRIMA ANUAL	ACUMULATIVA ANUAL	VALOR EN EFECTIVO	BENEFICIO POR MUERTE	PRIMA ANUAL	ACUMULATIVA ANUAL	VALOR EN EFECTIVO	BENEFICIO POR MUERTE
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
	55								
	60								
	65								
	75								
	85								
	95								

*Las proyecciones incluyen dividendos y tasas actuales de interés que no están garantizadas.

AVISO IMPORTANTE:

El tratamiento del impuesto a la renta de los beneficios ilustrados anteriormente puede afectar significativamente su magnitud. Se debe obtener orientación impositiva competente para aclarar las implicancias del impuesto sobre la renta.

COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY

Oficina central: Chicago, IL • Oficina de Servicios Administrativos: P.O. Box 1381, Binghamton, NY 13902-1381

Divulgación de cláusulas adicionales de beneficios acelerados por muerte

El contrato de seguro que está solicitando puede incluir una o más de las cláusulas secundarias descritas a continuación. Las cláusulas secundarias le permiten al Propietario de la póliza recibir una porción del beneficio por muerte de la póliza de por vida si un médico le diagnostica al Asegurado una afección que califica, según se define en la Cláusula adicional. Lea la Póliza y las Cláusulas adicionales detenidamente y consulte las Cláusulas adicionales para obtener información específica.

Beneficio acelerado por muerte: enfermedad terminal. Esta Cláusula adicional le permite al Propietario solicitar el pago de una parte del beneficio por muerte de la póliza si al Asegurado se le diagnostica una afección médica no corregible que, según el criterio médico de un profesional de la salud, provocará la muerte del Asegurado dentro de los doce (12) meses a partir de la fecha del diagnóstico.

Beneficio por muerte acelerada: enfermedad crítica: Esta Cláusula adicional le permite al Propietario solicitar el pago de una parte del beneficio por muerte de la póliza si al Asegurado se le diagnostica una o más de las siguientes afecciones, según se define en la cláusula adicional: esclerosis lateral amiotrófica, cáncer potencialmente mortal, insuficiencia renal en etapa final (insuficiencia renal), infarto de miocardio (ataque cardíaco), insuficiencia de un órgano principal o accidente cerebrovascular.

Beneficio acelerado por muerte: enfermedad crónica. Esta Cláusula adicional le permite al Propietario solicitar el pago de una parte del beneficio por muerte de la póliza si al Asegurado se le diagnostica una enfermedad crónica. Una enfermedad crónica significa que el Asegurado es (a) incapaz de realizar, sin ayuda sustancial de otra persona, al menos dos de las actividades de la vida cotidiana por un período de al menos 90 días debido a una pérdida de capacidad funcional, o (b) requiere supervisión sustancial por parte de otra persona para proteger el Asegurado contra amenazas a la salud y seguridad debido a un deterioro cognitivo grave del asegurado por un período de al menos 90 días.

Cargo de prima

No hay un cargo de prima adicional para las Cláusulas adicionales; sin embargo, se deducirá un cargo administrativo de \$100 del pago de beneficios acelerado cada vez que se utilice un beneficio de Cláusula adicional.

Pago de beneficio acelerado

La solicitud de un beneficio debe realizarse por escrito y estar firmada por el Propietario. Se requerirá el consentimiento de un cesionario o beneficiario irrevocable. Se requerirá una exención de responsabilidad del cónyuge, si corresponde, en estados donde la propiedad es común.

El Propietario elige el Monto de la aceleración, sujeto a límites mínimos y máximos. Cada Monto de la aceleración debe ser de al menos \$5,000 y debe permitir un valor nominal residual de al menos \$5,000. El máximo conjunto para todos los Montos de la aceleración conforme a todas las Cláusulas adicionales es del 95 % del beneficio por muerte elegible de la Póliza en la fecha de la primera aceleración. Conforme a la Cláusula adicional por enfermedad crónica, el monto máximo que puede acelerarse en un período de 12 meses equivale al 24 % del beneficio por muerte elegible.

El Monto del beneficio de aceleración se basará en la mortalidad prevista del Asegurado al momento de la reclamación, según lo determine la Compañía. **Algunos eventos que califican pueden impactar en la calidad de vida del Asegurado sin tener un efecto importante en su mortalidad y, por lo tanto, el beneficio de aceleración puede ser bastante reducido o es posible que no haya ningún beneficio de aceleración pagadero en absoluto.**

Tras recibir una solicitud de beneficios de la cláusula adicional, la Compañía les proporcionará al Propietario y a cualquier beneficiario irrevocable una oferta por escrito en la que se muestra el monto del beneficio de la cláusula adicional, así como también el impacto de la aceleración en el beneficio por muerte y los montos de las primas. El Propietario puede aceptar o rechazar la oferta. Si se acepta la oferta, el Propietario y cualquier beneficiario irrevocable recibirán una declaración en la que se demuestra el efecto de la aceleración. La póliza se modificará con una aprobación en la que se indique el nuevo beneficio por muerte y los nuevos montos de las primas.

Efectos del pago de beneficios acelerado

Un pago de beneficios por muerte acelerado generará una reducción en el valor nominal y la prima básica de la póliza. No se realizará ninguna reducción en el cargo de la póliza anual. El pago del beneficio no afectará la cobertura del Seguro a término para hijos, el Beneficio por muerte accidental ni la Cláusula adicional de ingresos por discapacidad conforme a la póliza. La cobertura de Renuncia a primas y las primas asociadas se reducirán debido a la disminución del valor nominal.

Los siguientes ejemplos son hipotéticos y pretenden únicamente demostrar de qué manera una evaluación individual de mortalidad podría afectar un Monto del beneficio de aceleración. Los ejemplos no guardan relación con ninguna reclamación real que usted haga ni con los montos de los beneficios que pueda recibir. Estos ejemplos demuestran los efectos de la aceleración y se brindan únicamente con fines ilustrativos. Asimismo, no guardan relación con las primas o valores de su póliza. En ambos ejemplos, el Asegurado es un hombre no fumador, cuya edad al momento de la emisión es 53 años, en el 7.º año del Período inicial de 20 años. El Propietario ha seleccionado una aceleración de \$60,000 o 60 % del beneficio por muerte elegible de la póliza.

En este ejemplo, el Asegurado tiene una afección que califica, la cual hace que su probabilidad de muerte sea 3 veces superior a lo que era sin la afección.

	<u>Antes de la aceleración</u>	<u>Después de la aceleración del 60 %</u>
Valor nominal de la póliza básica	\$100,000.00	\$40,000.00
Prima anual de la póliza básica (excluido el cargo de la póliza)	\$979.00	\$391.60
Cargo de la póliza anual	\$60.00	\$60.00
Prima anual total de la póliza básica (incluido el cargo de la póliza)	\$1,039.00	\$451.60
Pago de beneficios acelerado (luego del cargo administrativo)		\$12,923.20

Igual que el ejemplo anterior, salvo que la afección que califica hace que su probabilidad de muerte sea 8 veces superior a lo que era sin la afección.

	<u>Antes de la aceleración</u>	<u>Después de la aceleración del 60 %</u>
Valor nominal de la póliza básica	\$100,000.00	\$40,000.00
Prima anual de la póliza básica (excluido el cargo de la póliza)	\$979.00	\$391.60
Cargo de la póliza anual	\$60.00	\$60.00
Prima anual total de la póliza básica (incluido el cargo de la póliza)	\$1,039.00	\$451.60
Pago de beneficios acelerado (luego del cargo administrativo)		\$34,731.11

LA RECEPCIÓN DE BENEFICIOS ACELERADOS POR MUERTE PUEDE ESTAR SUJETA A IMPUESTOS. DEBE CONSULTAR A SU ASESOR IMPOSITIVO PERSONAL PARA DETERMINAR LAS CONSECUENCIAS IMPOSITIVAS ACTUALES ANTES DE REALIZAR CUALQUIER ELECCIÓN.

Estas Cláusulas adicionales no constituyen un seguro de atención a largo plazo y no brindan beneficios de atención a largo plazo. Los beneficios no pretenden calificar para recibir un tratamiento impositivo favorable. Las Cláusulas adicionales pueden afectar su capacidad para recibir determinados beneficios o privilegios del gobierno. El Beneficio acelerado por muerte puede considerarse un activo al determinar la elegibilidad. Debe comunicarse con su unidad local de Medicaid y con la Administración del Seguro Social para obtener más información.

Por el presente reconozco que he leído y comprendo estas divulgaciones, y he recibido una copia para mis registros.

Certifico que he proporcionado una copia de esta declaración al Solicitante/Propietario.

Copia para la compañía
COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY

Oficina central: Chicago, IL • Oficina de Servicios Administrativos: P.O. Box 1381, Binghamton, NY 13902-1381

Divulgación de cláusulas adicionales de beneficios acelerados por muerte

El contrato de seguro que está solicitando puede incluir una o más de las cláusulas secundarias descritas a continuación. Las cláusulas secundarias le permiten al Propietario de la póliza recibir una porción del beneficio por muerte de la póliza de por vida si un médico le diagnostica al Asegurado una afección que califica, según se define en la Cláusula adicional. Lea la Póliza y las Cláusulas adicionales detenidamente y consulte las Cláusulas adicionales para obtener información específica.

Beneficio acelerado por muerte: enfermedad terminal. Esta Cláusula adicional le permite al Propietario solicitar el pago de una parte del beneficio por muerte de la póliza si al Asegurado se le diagnostica una afección médica no corregible que, según el criterio médico de un profesional de la salud, provocará la muerte del Asegurado dentro de los doce (12) meses a partir de la fecha del diagnóstico.

Beneficio por muerte acelerada: enfermedad crítica: Esta Cláusula adicional le permite al Propietario solicitar el pago de una parte del beneficio por muerte de la póliza si al Asegurado se le diagnostica una o más de las siguientes afecciones, según se define en la cláusula adicional: esclerosis lateral amiotrófica, cáncer potencialmente mortal, insuficiencia renal en etapa final (insuficiencia renal), infarto de miocardio (ataque cardíaco), insuficiencia de un órgano principal o accidente cerebrovascular.

Beneficio acelerado por muerte: enfermedad crónica. Esta Cláusula adicional le permite al Propietario solicitar el pago de una parte del beneficio por muerte de la póliza si al Asegurado se le diagnostica una enfermedad crónica. Una enfermedad crónica significa que el Asegurado es (a) incapaz de realizar, sin ayuda sustancial de otra persona, al menos dos de las actividades de la vida cotidiana por un período de al menos 90 días debido a una pérdida de capacidad funcional, o (b) requiere supervisión sustancial por parte de otra persona para proteger el Asegurado contra amenazas a la salud y seguridad debido a un deterioro cognitivo grave del asegurado por un período de al menos 90 días.

Cargo de prima

No hay un cargo de prima adicional para las Cláusulas adicionales; sin embargo, se deducirá un cargo administrativo de \$100 del pago de beneficios acelerado cada vez que se utilice un beneficio de Cláusula adicional.

Pago de beneficio acelerado

La solicitud de un beneficio debe realizarse por escrito y estar firmada por el Propietario. Se requerirá el consentimiento de un cesionario o beneficiario irrevocable. Se requerirá una exención de responsabilidad del cónyuge, si corresponde, en estados donde la propiedad es común.

El Propietario elige el Monto de la aceleración, sujeto a límites mínimos y máximos. Cada Monto de la aceleración debe ser de al menos \$5,000 y debe permitir un valor nominal residual de al menos \$5,000. El máximo conjunto para todos los Montos de la aceleración conforme a todas las Cláusulas adicionales es del 95 % del beneficio por muerte elegible de la Póliza en la fecha de la primera aceleración. Conforme a la Cláusula adicional por enfermedad crónica, el monto máximo que puede acelerarse en un período de 12 meses equivale al 24 % del beneficio por muerte elegible.

El Monto del beneficio de aceleración se basará en la mortalidad prevista del Asegurado al momento de la reclamación, según lo determine la Compañía. **Algunos eventos que califican pueden impactar en la calidad de vida del Asegurado sin tener un efecto importante en su mortalidad y, por lo tanto, el beneficio de aceleración puede ser bastante reducido o es posible que no haya ningún beneficio de aceleración pagadero en absoluto.**

Tras recibir una solicitud de beneficios de la cláusula adicional, la Compañía les proporcionará al Propietario y a cualquier beneficiario irrevocable una oferta por escrito en la que se muestra el monto del beneficio de la cláusula adicional, así como también el impacto de la aceleración en el beneficio por muerte y los montos de las primas. El Propietario puede aceptar o rechazar la oferta. Si se acepta la oferta, el Propietario y cualquier beneficiario irrevocable recibirán una declaración en la que se demuestra el efecto de la aceleración. La póliza se modificará con una aprobación en la que se indique el nuevo beneficio por muerte y los nuevos montos de las primas.

Efectos del pago de beneficios acelerado

Un pago de beneficios por muerte acelerado generará una reducción en el valor nominal y la prima básica de la póliza. No se realizará ninguna reducción en el cargo de la póliza anual. El pago del beneficio no afectará la cobertura del Seguro a término para hijos, el Beneficio por muerte accidental ni la Cláusula adicional de ingresos por discapacidad conforme a la póliza. La cobertura de Renuncia a primas y las primas asociadas se reducirán debido a la disminución del valor nominal.

Los siguientes ejemplos son hipotéticos y pretenden únicamente demostrar de qué manera una evaluación individual de mortalidad podría afectar un Monto del beneficio de aceleración. Los ejemplos no guardan relación con ninguna reclamación real que usted haga ni con los montos de los beneficios que pueda recibir. Estos ejemplos demuestran los efectos de la aceleración y se brindan únicamente con fines ilustrativos. Asimismo, no guardan relación con las primas o valores de su póliza. En ambos ejemplos, el Asegurado es un hombre no fumador, cuya edad al momento de la emisión es 53 años, en el 7.º año del Período inicial de 20 años. El Propietario ha seleccionado una aceleración de \$60,000 o 60 % del beneficio por muerte elegible de la póliza.

En este ejemplo, el Asegurado tiene una afección que califica, la cual hace que su probabilidad de muerte sea 3 veces superior a lo que era sin la afección.

	<u>Antes de la aceleración</u>	<u>Después de la aceleración del 60 %</u>
Valor nominal de la póliza básica	\$100,000.00	\$40,000.00
Prima anual de la póliza básica (excluido el cargo de la póliza)	\$979.00	\$391.60
Cargo de la póliza anual	\$60.00	\$60.00
Prima anual total de la póliza básica (incluido el cargo de la póliza)	\$1,039.00	\$451.60
Pago de beneficios acelerado (luego del cargo administrativo)		\$12,923.20

Igual que el ejemplo anterior, salvo que la afección que califica hace que su probabilidad de muerte sea 8 veces superior a lo que era sin la afección.

	<u>Antes de la aceleración</u>	<u>Después de la aceleración del 60 %</u>
Valor nominal de la póliza básica	\$100,000.00	\$40,000.00
Prima anual de la póliza básica (excluido el cargo de la póliza)	\$979.00	\$391.60
Cargo de la póliza anual	\$60.00	\$60.00
Prima anual total de la póliza básica (incluido el cargo de la póliza)	\$1,039.00	\$451.60
Pago de beneficios acelerado (luego del cargo administrativo)		\$34,731.11

LA RECEPCIÓN DE BENEFICIOS ACELERADOS POR MUERTE PUEDE ESTAR SUJETA A IMPUESTOS. DEBE CONSULTAR A SU ASESOR IMPOSITIVO PERSONAL PARA DETERMINAR LAS CONSECUENCIAS IMPOSITIVAS ACTUALES ANTES DE REALIZAR CUALQUIER ELECCIÓN.

Estas Cláusulas adicionales no constituyen un seguro de atención a largo plazo y no brindan beneficios de atención a largo plazo. Los beneficios no pretenden calificar para recibir un tratamiento impositivo favorable. Las Cláusulas adicionales pueden afectar su capacidad para recibir determinados beneficios o privilegios del gobierno. El Beneficio acelerado por muerte puede considerarse un activo al determinar la elegibilidad. Debe comunicarse con su unidad local de Medicaid y con la Administración del Seguro Social para obtener más información.

Copia para el solicitante

OFICINA CENTRAL DE • COLUMBIAN MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY:
BINGHAMTON, NY
OFICINA CENTRAL DE • COLUMBIAN LIFE INSURANCE COMPANY: CHICAGO, IL
OFICINAS DE SERVICIO ADMINISTRATIVO:
VESTAL PARKWAY EAST • PO BOX 1381 • BINGHAMTON, NY 13902-1381
507 PLUM STREET • PO BOX 1056 • SYRACUSE, NY 13201-1056

AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR EL CHEQUE POR FAX

Su agente presentará su solicitud de seguro y su pago inicial para Columbian Financial Group mediante fax.

Al firmar este formulario, usted autoriza a Columbian Financial Group a iniciar una transferencia electrónica de fondos desde su cuenta bancaria conforme a los términos del cheque. Esto significa que su cheque se convertirá en una transacción electrónica. Su agente le devolverá el cheque original cuando entregue la póliza.

Tenga en cuenta que su cuenta corriente puede debitarse el mismo día en que su agente nos envía el cheque por fax.

Mediante la siguiente firma, autorizo a Columbian Financial Group a realizar una transferencia electrónica de fondos de mi cuenta corriente para pagar el nuevo seguro de vida. Esta será una única extracción de mi cuenta.