

# GASTO FINAL

OCIDENTAL LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH CAROLINA

P.O. BOX 2595, WACO, TX 76702-2595 • (254) 297-2775

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA (Favor de usar letra de molde en tinta negra)

Numero del caso telefonico \_\_\_\_\_

Propuesto Asegurado: _____ <small>(Nombre or Primer Nombre) (Segundo nombre) (Apellido)</small>			Se hizo entrevista telefónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm		
Dirección: (Núm. & Calle) _____			Teléfono _____ Mejor hora para llamar _____		
Ciudad: Estado: Código postal: _____			Correo electrónico _____		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado donde Nació	Número de Seguro Social / /	Estatura Pies Pulg.      Peso lbs
Dueño: Nombre _____		Relación _____		SS# _____ / _____ / _____	
Dirección Ciudad/Estado/Código Postal _____					
Beneficiario Primario		Relación		Beneficiario Contingente	
Relación		Relación		Relación	
Plan: _____ Cantidad Nominal del Seguro \$ _____			<input type="checkbox"/> Marque aquí si está dispuesto a aceptar cualquier plan para el que usted califique conforme a su solicitud. El seguro para el cual usted califique pudiese ser gradual o beneficio de devolución de prima por muerte durante los primeros dos (2) o tres (3) años, un valor nominal menor al que se haya indicado en esta solicitud, y los anexos quizás no estén disponibles.		
<input type="checkbox"/> Beneficio Inmediato por Muerte					
<input type="checkbox"/> Beneficio por Muerte Gradual (Porcentaje del valor nominal)					
<input type="checkbox"/> Beneficio de Devolución de Prima por Muerte					
Durante los pasados 12 meses, ¿ha usado tabaco en alguna forma? (Excluyendo el uso ocasional de pipa o cigarro)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Anexo: <input type="checkbox"/> Cobertura para Nietos/Bisnietos _____ Número de niños que solicitan _____ Unidades <input type="checkbox"/> Otro _____			¿Elección de Préstamo Automático de Prima? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Anexo de Niños* _____ Units <input type="checkbox"/> Cantidad* Amt \$ _____ (*no está disponible bajo el Beneficio de Devolución de Prima)					
Modo: <input type="checkbox"/> Debito Bancario		CWA: <input type="checkbox"/> E-Cheque 1ª prima inmediatamente		Enviar póliza a: <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Titular	
<input type="checkbox"/> Debito 1a. Prima en fecha solicitada		<input type="checkbox"/> Cobrado \$		Fecha de póliza solicitada: / /	
<input type="checkbox"/> Otro Modalidad de prima \$					
A. ¿Tiene Ud. algún seguro de vida o contrato de anualidad existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Compañía _____		
B. ¿Estará Ud. reemplazando una póliza de vida o contrato de anualidad existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			# Póliza Cantidad Cobertura \$ _____		
Nombre del médico personal: _____		Ciudad/Estado: _____		Teléfono: _____	

## INFORMACIÓN DE SALUD

- Esta usted actualmente hospitalizado, confinado a un centro de enfermería, a una cama, o una silla de ruedas debido a una enfermedad crónica, o enfermedad, actualmente esta usando equipo de oxígeno para asistirle con la respiración, recibiendo cuidado de Hospicio?.....  Sí  No
- Usted ha tenido o ha sido medicamente aconsejado para tener un trasplante de organos o diálisis de riñon, o usted ha sido medicamente diagnosticado de tener una insuficiencia cardiaca congestiva (CHF) Alzheimer's, demencia, incapacidad mental, enfermedad de Lou Gehrig's (ALS), insuficiencia renal, fallo respiratorio, o ha sido diagnosticado por un profesional medico como teniendo una condicion medica terminal o en la etapa final de la enfermedad que tiene la expectativa de resultado en muerte en los proximos 12 meses? .....  Sí  No
- Usted ha sido medicamente tratado o diagnosticado por un profesional medico de tener el syndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier otro trastorno relacionado de inmunodeficiencia, o dado resultado positivo para la prueba del virus de inmunodeficiencia humano (VIH)?  Sí  No

**Si alguna respuesta a las preguntas 1 a la 3 es contestada "Si" El propuesto asegurado no es elegible para cualquier cobertura.**

- Usted alguna vez ha sido medicamente diagnosticado o tratado para complicaciones de la diabetes, incluyendo shock de insulina, coma diabetico, retinopatía (ojo), nefropatía (riñon), neuropatía (nervio dañado/dolor), o usado insulina antes de los 50 años de edad?.....  Sí  No
- Usted alguna vez ha sido medicamente diagnosticado o tomado medicamento para la insuficiencia renal, enfermedad renal cronica o mas de una ocurrencia de cancer en su vida (excluyendo cancer de piel de celulas basales)?.....  Sí  No
- Durante los ultimos 2 años usted ha tenido alguna prueba de diagnostico (excluyendo pruebas relacionadas con el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) ), cirugía o hospitalización aconsejado por un profesional medico la cual no ha sido completada o en la que los resultados no se han recibido todavia? .....  Sí  No
- Durante los 2 ultimos años usted:
  - Ha sido medicamente diagnosticado o tratado por angina(dolor de pecho) derrame cerebral o TIA, cardiomiopatía, Lupus sistematico (SLE) cirrosis, Hepatitis C, hepatitis cronica, pancreatitis cronica, bronquitis cronica o requirio de equipo de oxígeno para asistirle con la respiración?  Sí  No
  - Ha tenido un ataque al Corazon o aneurismo, o tenido o ha sido medicamente aconsejado de tener cualquier tipo de cirugía de corazon, cerebro o circulatoria (incluyendo, pero que no limita a una implantación de marcapasos, colocación de desfibrilador) , o cualquier procedimiento para mejorar la circulación? .....  Sí  No
  - Ha sido medicamente diagnosticado o tratado, o tomado medicamento para cualquier tipo de cancer (excluyendo cancer de piel de celulas basales)? .....  Sí  No
  - Usado drogas ilegales, abuso de alcohol o drogas, ha sido recomendado por un profesional medico para tener tratamiento o consejería para el uso de alcohol o drogas o se le ha aconsejado el descontinuar el uso de alcohol o drogas?.....  Sí  No

**Si la respuesta a alguna pregunta de la 4 a la 7 es contestada "Si", el Propuesto Asegurado debera aplicar para el Plan de Devolucion de Prima por Muerte.**

- Durante los ultimos 3 años usted ha sido medicamente diagnosticado o tratado, o hospitalizado para:
  - Derrame cerebral, angina (dolor de pecho), ataque al Corazon, aneurismo, cirugía circulatoria o del Corazon, o cualquier procedimiento para mejorar la circulación?.....  Sí  No
  - A tomado medicamento para cualquier forma de cancer (excluyendo cancer de piel de celulas basales), enfisema, bronquitis cronica, enfermedad cronica pulmonar obstructiva, colitis ulcerosa, cirrosis, hepatitis C, enfermedad del higado? .....  Sí  No
  - Paralisis de dos o mas extremidades o paralisis cerebral, multiple esclerosis, convulsiones, la enfermedad de Parkinson o distrofia muscular? ....  Sí  No

**Si cualquier respuesta a alguna pregunta 8 se contesto "Si", el Propuesto Asegurado debera aplicar para el Plan de Beneficio por Muerte Gradual.**

**Si todas las preguntas de la 1 a la 8 son contestadas "No", el Propuesto Asegurado debera aplicar para el Plan de Beneficio de Muerte inmediata.**

Form No. ICC15-OL9466 (Spanish)

## NOTIFICACIÓN

### Impreso en cumplimiento con la Ley Pública 91-508

Gracias por considerar a Occidental Life Insurance Company of North Carolina para sus necesidades de seguro. Esto es para informarle que como parte de nuestro procedimiento para procesar su solicitud de seguro se podrá preparar un informe investigativo de consumidor mediante el cual se obtiene información a través de entrevistas personales con sus vecinos, amistades y otros conocidos suyos. Esta indagación incluye información sobre su persona, reputación general y características personales. Usted tiene derecho a hacer una solicitud por escrito dentro de un plazo razonable para recibir información detallada adicional sobre la naturaleza y ámbito de esta investigación.

### PRE-NOTIFICACIÓN MIB

La información sobre su capacidad para ser asegurado se tratará de forma confidencial. Occidental Life Insurance Company of North Carolina, o sus re-aseguradoras, podrán, sin embargo, preparar un breve informe de la misma para el Negociado de Información Médica, una organización de membresía sin fines de lucro compuesta de compañías que emiten seguros de vida, la cual opera un intercambio de información a nombre de sus miembros. Si usted solicita cobertura de vida o salud con otra compañía afiliada al Negociado, o reclama beneficios de dicha compañía, el Negociado, a solicitud, le suplirá a la compañía aquella información que tenga en sus expedientes.

Al recibir una solicitud suya, el Negociado hará los arreglos para divulgar cualquier información que pueda tener en sus archivos. Favor de comunicarse con el MIB al 866-692-6901 (TTY 866-346-3642). Si usted cuestiona la exactitud de la información en los archivos del Negociado, puede comunicarse con el Negociado y pedir una corrección conforme al procedimiento que se detalla en la Ley de Informes de Crédito Justos federal. La dirección de la Oficina de Información del Negociado es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734.

Occidental Life Insurance Company of North Carolina, o sus re-aseguradoras, también podrán divulgar información de sus archivos a otras compañías de seguro de vida con las cuales usted haya solicitado un seguro de vida o salud, o a quien le haya sometido una reclamación de beneficios. Puede obtener información para los consumidores sobre MIB en su página de Internet, en www.mib.com.

**COVERTURA PARA NIÑO, NIETO, BISNIETO.** - Propuestos Niños para el Seguro (lista adicional de niños en una hoja separada):

Nombre del Propuesto Asegurado	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación	Nombre del Propuesto Asegurado	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación

**DECLARACIÓN DE SALUD DE LOS NIÑOS**-A mi mejor conocimiento y entender, ninguno de los niños arriba enlistados para la cobertura han recibido tratamiento o han sido tratados para o les ha dicho un médico que tienen o han tenido algunas de las siguientes condiciones médicas: Hipertensión, trastornos cardíacos o circulatorios, malignidad en alguna forma, diabetes, anemia falciforme (sickle cell anemia), convulsiones, Síndrome de Down, fibrosis quística, parálisis cerebral, hidrocefalia, parálisis, o hospitalización por asma o cualquier trastorno respiratorio durante los pasados 12 meses. Enumere en una lista los nombres de los niños que sean excepciones para la DECLARACIÓN DE SALUD DE LOS PROPUESTOS NIÑOS.

**Niños enlistados como una excepción son excluidos de la Apropiaada Covertura del Anexo de Niños. Las excepciones son:** \_\_\_\_\_

**ACUERDO**—Yo estoy de acuerdo con Occidental Life Insurance Company of North Carolina (la Compañía) con lo siguiente: (1) Para mi mejor conocimiento y entender, todas las respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud son ciertas, están completadas y correctamente registradas. Yo notificare a la Compañía de cualquier cambio en la declaración o respuestas dadas en la aplicación dentro del tiempo de la solicitud y la entrega de la póliza; y (2) Esta solicitud y cualquier póliza emitida en base a dicha solicitud pasarán a formar parte del contrato total; y (3) No cambio en este contrato debiera ser afectado sin un consentimiento por escrito con referencia a: (a) la cantidad del seguro; (b) la edad al emitirla; (c) la clasificación del riesgo; (d) el plan del seguro; o (e) los beneficios. Si esta aplicación es declinada por la Compañía, Yo aceptare la devolución de cualquier prima que se haya pagado. Cualquier persona que, sabiendo presente una declaración falsa en la solicitud para el seguro puede ser culpable de delito criminal y sujeto a sanciones bajo la ley estatal.

**AUTORIZACIÓN**— A fin de poder clasificar debidamente mi solicitud para el seguro de vida, yo autorizo a todos los médicos y practicantes médicos, hospitales, clínicas, o instalaciones médica o relacionadas, planes de salud, administrador de beneficios de farmacia, farmacias o instalaciones relacionadas a la farmacia, compañías de seguros y sus asociados de negocios y aquellas personas o entidades que brinden servicios a los asociados de negocio de la aseguradora que estén de alguna forma relacionados con sus planes de seguro; el MIB, Inc, o alguna otra organización que tenga conocimiento o expedientes míos y mi salud, para que brinden dicha información a: (a) Occidental Life Insurance Company of North Carolina; y (b) sus reaseguradores. Yo entiendo que cualquier información que se divulgue conforme a esta autorización se podrá re-divulgar y ya no estará cubierta por las reglas federales que rigen sobre la privacidad y confidencialidad de la información de salud. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se haya tomado acción fundamentada en esta autorización o la compañía de seguros ejerza su derecho a impugnar una reclamación o la póliza misma. Yo puedo revocar la autorización enviando una revocación por escrito a la dirección de la Compañía en el 425 Austin Ave., Waco TX 76701. Entiendo que si me niego a firmar esta autorización para que se liberen mis expedientes médicos completos, mi solicitud de seguro con la Compañía sera rechazada.

Todas las fuentes antes indicadas, excepto el MIB, Inc. están autorizadas a proporcionar expedientes o conocimiento tales como declaraciones referentes a pasatiempos, empleo, antecedentes criminales o historial médico que se pueda requerir para determinar mi elegibilidad para el seguro, a cualquier agencia empleada por la Compañía para recopilar y transmitir datos. Yo autorizo a Occidental Life Insurance Company of North Carolina a divulgar cualquier información mientras se esta procesando esta solicitud. Estos datos se le podrán proporcionar a los siguientes: (a) compañías re-aseguradoras; (b) MIB, Inc; (c) otras personas o grupos que estén brindando servicios en relación a esta solicitud; o (d) cualquier otro a quien pueda ser legalmente requerido o autorizado. Esta autorización permanecerá válida por el limite de tiempo, si alguno, permitido por la aplicable ley en el estado donde la póliza es entregada o emitida para su entrega. Una copia de esta autorización será tan válida como el original. Yo reconozco haber recibido la Notificación del Fair Credit Reporting Act, el MIB, la Prenotificación, el Anexo del Beneficio Acelerado de Enfermedad Terminal, si es aplicable.

*Acepto haber recibido la Notificación sobre la Ley de Informes de Crédito Justos, la Prenotificación del MIB y el Formulario de Divulgación para el Anejo de Beneficio Acelerado por Enfermedades Terminales.*

Firmado en \_\_\_\_\_ Ciudad Estado \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud \_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO MES DÍA AÑO  
 \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO FIRMA DEL DUEÑO (SI NO ES EL PROPUESTO ASEGURADO)

**INFORME DEL AGENTE**

¿El propuesto asegurado tiene algún seguro de vida o contrato de anualidad existente?.....  Si  No  
 ¿El propuesto asegurado pretende reemplazar o cambiar algún seguro de vida o anualidad existente?.....  Si  No

*Yo certifico que yo he hecho personalmente cada pregunta en esta solicitud al (a los) propuesto(s) asegurado(s), yo realmente y completamente he registrado en la solicitud la información proporcionada por él (ellos) o ella(s) y yo he sido testigo de su(s) firma(s).*

*Yo certifico que los Formularios de divulgación del Anexo del Beneficio Acelerado de Enfermedad Terminal y Divulgación para el Anexo del Beneficio Acelerado de Cuido Recluido han sido presentados al solicitante, si es aplicable.*

COMENTARIOS DEL AGENTE: \_\_\_\_\_

Agente \_\_\_\_\_ NOMBRE IMPRESO DEL AGENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
FIRMA No: %

**PLAN DE VERIFICACION DE PRE-AUTORIZACIÓN – AUTORIZACIÓN PARA HONRAR RETIRO DE COBRO**

Asegurado \_\_\_\_\_ Titular de la Cuenta \_\_\_\_\_  
 Institución Financiera \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Número de Tránsito/ABA \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  Cheques  Ahorros  Día solicitado para debito (1-28) \_\_\_\_\_

**ADJUNTE CHEQUE ANULADO O HOJA DE DEPÓSITO**

Como una conveniencia para mí, yo por la presente solicito y autorizo a ustedes a pagar y cargar a mi cuenta las cantidades giradas de mi cuenta, ya sea por medios electrónicos o en papel, por y pagable a la orden de Occidental Life Insurance Company of North Carolina, hay suficientes fondos en la cuenta indicada para pagar el mismo tras la presentación. Yo estoy de acuerdo que sus derechos con respecto a cada uno de los cargos serán los mismos que si los hubiese yo firmado personalmente. Esta autorización es para que permanezca en efecto hasta que sea revocada por mi por escrito y hasta que yo reciba dicha notificación. Yo estoy de acuerdo de que ustedes deben estar completamente protegidos en honor de cualquier control. Además acepto que si alguna verificación no es honrada ya sea con o sin causa, sea intencionalmente o inadvertidamente, ustedes no tendrán ninguna responsabilidad aunque tal deshonor resulte en la pérdida del seguro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA (COMO EN LOS REGISTROS DE INSTITUCIONES FINANCIERAS) FECHA  
 Form No. ICC15-OL9466 (Spanish)

**OCCIDENTAL LIFE INSURANCE COMPANY OF NORTH CAROLINA**  
 P.O. BOX 2595, WACO, TX 76702-2595

NO ENTRARÁ EN VIGOR COBERTURA ALGUNA ANTES DE LA ENTREGA DE LA PÓLIZA A NO SER QUE Y HASTA TANTO SE CUMPLAN TODAS LAS CONDICIONES DE ESTE RECIBO. NINGÚN AGENTE TIENE LA AUTORIDAD PARA ALTERAR LOS TÉRMINOS Y LAS CONDICIONES DE ESTE RECIBO.

TODOS LOS CHEQUES DE PRIMAS DEBERÁN SER PAGADERAS A LA COMPAÑÍA  
 NO HAGA EL CHEQUE PAGADERO AL AGENTE NI DEJE AL DESTINATARIO EN BLANCO

He recibido de \_\_\_\_\_ la suma de \$ \_\_\_\_\_ como el primer pago por esta solicitud.  
 Fecha \_\_\_\_\_ Agente \_\_\_\_\_

Si (1) se somete una cantidad igual a la primera prima completa, y si, (2) se cumple con todos los requisitos de suscripción, incluyendo cualquier examen médico que requieran las reglas de la Compañía, y (3) el asegurado propuesto, en la fecha de solicitud, es un riesgo aceptable para seguro tal y como lo ha solicitado, sin modificaciones al plan, la tasa de primas, o la cantidad bajo las reglas y prácticas de la Compañía, entonces el seguro bajo la póliza solicitada entrará en vigor en la más tardía de las siguientes: (a) la fecha de solicitud, (b) la fecha en que se somete el último examen médico requerido por la Compañía. LA CANTIDAD DE SEGURO DE VIDA, INCLUYENDO CUALQUIER CANTIDAD EN VIGOR O SOLICITADA QUE PUEDA ENTRAR EN VIGOR ANTES DE LA ENTREGA DE LA PÓLIZA EN NINGÚN CASO HABRÁ DE EXCEDER LOS \$30,000.00. (INCLUYENDO SEGURO DE VIDA Y BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL.)

Si no se cumple cabalmente con alguna de las condiciones arriba expresadas, la responsabilidad civil de la Compañía estará limitada a la devolución de cualquier cantidad que se haya pagado.