

Formulario de corrección de política pendiente



TENGA EN CUENTA: Todas las correcciones están sujetas a revisión de la oficina central.

Nombre del asegurado _____ Poliza # o SSN _____ Fecha _____

INFORMACIÓN BANCARIA – Seleccione la corrección y proporcione una descripción detallada:

Corrección bancaria Rediseño de Premium

Complete lo siguiente y devuelva su cheque con su pago. Este cheque se utilizará para configurar el pago automático.

Autorizo a Security National Life Insurance Company a debitar de mi cuenta bancaria o tarjeta de débito/crédito el pago de la prima de mi póliza de seguro.

Firma _____ Fecha _____

Nombre del Banco _____ Checking Ahorro # _____ Cuenta # _____

CC # _____ Exp _____ CVV _____

BORRADOR DE CAMBIO DE FECHA

Fecha del borrador indicada en la solicitud _____ Nueva fecha de borrador _____

Firma del pagador _____

PREMIUM CORRECCIÓN

 – por cantidades inferiores a \$10

Premium Indicado en la solicitud _____ Premium Nuevo _____

DECLARACIÓN DEL AGENTE

 – Certifico que a lo mejor de mi conocimiento:

1. Formulé correctamente todas las preguntas médicas en esta solicitud y registré correctamente todas las respuestas dadas; y
2. todas las respuestas dadas en esta solicitud son verdaderas y completas; y
3. la firma de los asegurados propuestos y/o del solicitante/titular de la póliza (padre/madre/tutor legal) es auténtica y se firmó en mi presencia; y
4. ¿Es el Asegurado propuesto un familiar directo? Si No; y
5. no conozco ningún factor que afecte la asegurabilidad de los Asegurados Propuestos, excepto lo indicado en esta solicitud; y
6. Este seguro CAMBIARÁ NO CAMBIARÁ o reemplazará una póliza de seguro o contrato de anualidad existentes

Nota: Si se marca "CAMBIARÁ" para la pregunta 6, complete los formularios de reemplazo obligatorios.

LOYALTY FAMILY SUPPORT PLAN

 – Agregar/cambiar co-miembros

Información requerida para miembros: nombre, dirección, ciudad, estado, código postal, número de teléfono, correo electrónico

REEMPLAZO / COBERTURA EXISTENTE

1. ¿Tiene una póliza de seguro de vida o un contrato de anualidad vigente? Si No

2. En caso afirmativo, ¿el seguro propuesto reemplazará o cambiará cualquier póliza de seguro de vida o contrato de anualidad existente?

Si No Si lo reemplaza, complete el formulario de reemplazo.

CORRECCIÓN DEL SEGURO

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Genero _____ Nacimiento _____ Edad _____ Altura _____ Peso _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

(Continúa en la siguiente página)

CORRECCIÓN ASEGURADA PROPUESTA (Continuación)

Número de teléfono del asegurado propuesto _____ Correo electrónico _____

Número de seguro social _____ Nombre de soltera _____

CORRECCIÓN DEL PROPIETARIO

Nombre del propietario (si no es el asegurado propuesto) _____

Dirección de envío _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____ Relación _____

CORRECCIÓN DEL PAGADOR

Nombre del pagador (si es distinto del asegurado propuesto) _____

Dirección de envío _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____ Relación _____

CORRECCIÓN BENEFICIARIO

Beneficiario primario _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____ Relación _____

Beneficiario contingente _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____ Relación _____

TABACO / NICOTINATabaco/nicotina Pregunta: ¿Ha consumido tabaco y/o nicotina en cualquier forma en los últimos 12 meses? Sí No**INFORMACIÓN MÉDICA: si necesita espacio adicional, adjunte una página separada**

Pregunta médica n.o	Afección/es médica/s	Medicamento/s, incluido el oxígeno	Dosis	Duración (desde/hasta)

OTRO _____

Nombre de l agente _____ Agente # _____

Firma del Agente _____ Fecha _____

Firma del asegurador aprobador _____	Fecha _____
--------------------------------------	-------------