

Solicitud de Servicio

¿Qué tipo de servicio está Ud. solicitando? Marque por favor solamente las casillas que son aplicables.

1. Información general

Nombre del asegurado según aparece listado actualmente en la póliza: _____ No. de Seguro Social: _____ o Fecha de nacimiento: _____
(mm/dd/yyyy)

Liste todos los números de póliza relacionados con esta solicitud: _____

Nombre del Grupo/Empleador: _____ Número de Control de Facturación: _____

2. Cambio de nombre

Nombre previo: _____ Nombre actual: _____

Razón: Corrección Casamiento/Divorcio Otro *Por favor adjunte prueba legal.*

3. Cambio de dirección

Calle _____ No. de apartamento _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

4. Cambio de beneficiario

Quisiera corregir o cambiar mi beneficiario. Por favor envíeme el Formulario de Designación del Beneficiario necesario.

5. Cambio del método de pago *UD. TIENE LA OPCIÓN DE DOS MÉTODOS DE PAGO FÁCILES. SELECCIONE UNO POR FAVOR.*

Por favor deduzcan las primas de mi cuenta de cheques.

Por favor adjunte un cheque anulado e indique el intervalo semanal en el cual le haremos la deducción bancaria.

Intervalo Semanal: (A) 1^o - 5^o (B) 6^o - 10^o (C) 11^o - 15^o (D) 16^o - 20^o (E) 21^o - 28^o — Su cuenta bancaria será deducida entre los días del intervalo semanal que Ud. escoja. Firma del propietario de la cuenta de cheques: _____

0

Por favor envíeme la factura. *Seleccione uno de lo siguiente:*

Trimestral (*Envíe un pago triple de su prima mensual*)

Semianual (*Envíe un pago de seis veces su prima mensual*)

Anual (*Envíe un pago de 12 veces su prima mensual*)

6. Cancelación, devolución o cambio de la póliza *UD. DEBE COMPLETAR TAMBIÉN LAS SECCIONES 9 Y 10 DEL REVERSO.*

Cancelar la(s) póliza(s) _____

Devolver la póliza y transferir el valor en efectivo a: _____

Cancelar los aditamentos siguientes en la póliza(s): Cónyuge Dependiente Otro _____

Cambiar de dos padres a un padre Cambiar de dos padres a individual Cambiar de un padre a individual

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Si Ud. desea agregar un miembro de la familia por favor consulte con su representante de Colonial.

7. Préstamo sobre la póliza *UD. DEBE COMPLETAR TAMBIÉN LA SECCIÓN 9 DEL REVERSO.*

Solicito un préstamo sobre la póliza por el monto siguiente: \$ _____

Solicito un préstamo sobre la póliza por el monto máximo disponible.

Al firmar en el reverso, por la presente asigno la póliza al asegurador como colateral.

Los préstamos sobre la póliza están disponibles solamente en las pólizas de vida. Hasta que el préstamo esté completamente pagado Ud. recibirá avisos anuales del interés del préstamo.

CONTINÚA EN EL REVERSO

Colonial Supplemental Insurance Processing Center

8. Retiro / Devolución Parcial (Póliza de Vida Universal) UD. DEBE COMPLETAR TAMBIÉN LAS SECCIONES 9 Y 10.

Solicito un retiro / devolución parcial sobre la póliza por el monto siguiente: \$ _____

Solicito un retiro / devolución parcial sobre la póliza por el monto máximo disponible.

Se permite un solo retiro / devolución parcial por póliza por año por un mínimo de \$100. Se adjudicará un cargo por procesamiento de \$25 o según como se indique en su póliza. Si su póliza no es una póliza de vida universal y Ud. solicita un retiro sobre la póliza, procesaremos la solicitud como un préstamo sobre la póliza.

9. Liberación de bienes comunales UD. DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN SI RESIDE EN UN ESTADO DE BIENES COMUNALES.

Se requiere la firma del esposo/a - ex-esposo/a en los estados que tengan leyes de bienes comunales.

Al firmar abajo, yo el esposo/a - ex-esposo/a apruebo a la cancelación, devolución, cambio, préstamo o retiro indicado arriba.

Firma del esposo/a - ex-esposo/a _____ Estado _____ Fecha _____
mes/día/año

Marque aquí si no se requiere una firma a razón de que:

el propietario/a de la póliza es soltero/a (nunca casado/a) el esposo/a falleció

10. Opciones de retención de impuestos SI UD. SOLICITA UNA DEVOLUCIÓN O UN RETIRO POR FAVOR LEA Y COMPLETE ESTA SECCIÓN.

La opción de una retención de impuestos no está disponible para productos calificados para impuestos. Se requiere que el asegurador retenga el 20% de toda ganancia reconocida para productos calificados para impuestos a menos que el monto se transfiera directamente a un IRA (Cuenta Individual de Jubilación) u otro plan calificado de retiro.

Bajo ciertos criterios establecidos por el Departamento del Tesoro, una ganancia puede ser reportada por el asegurador en el momento de la devolución, devolución parcial o retiro sobre la póliza, creando una situación imponible. Sin embargo, toda ganancia es ingreso imponible para el año impositivo actual.

Si la ganancia es reportable, se le enviará un Formulario 1099R del IRS (Servicio de Rentas Internas) al comienzo del año calendario próximo, comunicando la ganancia reconocida y se enviará al IRS una copia del Formulario 1099R. No se enviará un Formulario 1099R del IRS, si una ganancia no es reportable cuando se procesa la devolución, devolución parcial o retiro. Además, si una ganancia es reportable, se requiere que el asegurador retenga el 10% de la ganancia reconocida, a menos que el propietario de la póliza seleccione que no se retenga el impuesto. Ud. puede estar sujeto a penalidades bajo las reglas de pago de impuestos estimados si Ud. selecciona que no se retenga el impuesto y los pagos del impuesto estimado y otras retenciones no son adecuados para satisfacer la responsabilidad impositiva.

Seleccione una de las opciones siguientes. Se efectuará automáticamente una retención, si no se selecciona una opción.

NO deseo que se retenga el Impuesto Federal al Ingreso conjuntamente con esta devolución/devolución parcial/retiro.

DESEO que se retenga el Impuesto Federal al Ingreso conjuntamente con esta devolución/devolución parcial/retiro.

11. Otras solicitudes o comentarios

12. Firmas Requeridas UD. DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN POR COMPLETO PARA QUE PROCESAMOS SU SOLICITUD. ASEGÚRESE DE INCLUIR SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O FECHA DE NACIMIENTO ABAJO. EL NO INCLUIR EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O FECHA DE NACIMIENTO PUEDE RESULTAR EN UNA DEMORA EN LA TRAMITACIÓN.

He leído cuidadosamente esta solicitud y acuerdo en que está completada adecuada y totalmente. Entiendo que esta solicitud está sujeta a las provisiones y condiciones de la póliza y que la compañía puede requerir información o requisitos adicionales. Certifico que la póliza no está comprometida ni asignada a ninguna otra persona o corporación, excepto donde se declara en la solicitud y que no se han registrado, ni están pendientes, procesos legales o bancarrota ó insolvencia.

Al firmar abajo, certifico que el Número de Seguro Social o fecha de nacimiento indicado es correcto y autorizo por la presente a Colonial a ejecutar esta solicitud.

Firma del propietario de la póliza _____ Teléfono durante el día _____

Número de Seguro Social o fecha de nacimiento del propietario de la póliza: _____

Dirección del propietario de la póliza _____

Firma del beneficiario de la asignación (de haberlo) _____

Fechado y firmado en (ciudad, estado) _____ Fecha _____
mes/día/año

POR FAVOR ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR. ENVÍE POR CORREO A:

Colonial Supplemental Insurance Processing Center, P. O. Box 1365, Columbia, SC 29202-1365
Teléfono: 1-800-325-4368

Para enviar su solicitud por telefax, mándela a: 1-800-561-3082

Puede obtener una copia de este formulario en nuestro portal cibernético: www.coloniallife.com

18397-7