

Solicitud de servicio

¿Qué tipo de servicio solicita? Marque sólo los casilleros que correspondan.

1. Información general

Nombre del asegurado tal como aparece en la póliza actualmente: _____ N.º de seguro social: _____ Fecha de nac. (mm/dd/aaaa): _____

Escriba todos los números de póliza relacionados con esta solicitud (necesario para el procesamiento):

Nombre del empleador: _____

2. Cambio de nombre *ADJUNTE UNA COPIA DE CONSTANCIA LEGAL.*

Nombre anterior: _____ Nombre actual: _____

Motivo: Corrección Matrimonio/Divorcio Otro

3. Cambio de dirección

Calle	Dpto. N.º	Teléfono (h) (t)	Dirección de correo electrónico
Ciudad		Estado	Código postal

4. Solicitud de formulario de cambio de beneficiario

Visite nuestro sitio web en coloniallife.com o llámenos al 1.800.325.4368 para solicitar una copia del formulario de cambio de beneficiario.

5. Cambio de método de pago *PUEDE ELEGIR ENTRE TRES FÁCILES MÉTODOS DE PAGO. SELECCIONE UNO.*

1. Deducir las primas mensuales de mi cuenta bancaria.

Adjunte un cheque anulado y encierre en un círculo el rango de días en los que desea que se realice el giro de su cuenta corriente.

RANGO: (A) 1-5 (B) 6-10 (C) 11-15 (D) 16-20 (E) 21-26 El giro se realizará en una de las fechas dentro del rango que seleccionó.

Firma del titular de la cuenta corriente: _____

O

2. Facturarme directamente. Elija una de las siguientes opciones: Trimestralmente (Enviar un pago que equivalga a 3 veces la prima mensual). Semestralmente (Enviar un pago que equivalga a 6 veces la prima mensual). Anualmente (Enviar un pago que equivalga a 12 veces la prima mensual).

3. Cambio a deducciones en la nómina.

Nombre del empleador _____

Número de control de facturación o número de cuenta _____

Comuníquese con el Administrador del plan para iniciar la deducción en la nómina.

6. Cancelación, cesión o cambio de póliza *ADEMÁS DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES 9 Y 12 AL DORSO.*

Cancelación/cesión de la(s) póliza(s).
 Cancelación de los siguientes usuarios de la(s) póliza(s): Cónyuge Dependiente Fecha de nac. del dependiente más joven _____ Otro
 Cambio de dos padres a una persona Cambio de dos padres a un padre Cambio de un padre a una persona

Escriba el nombre, la fecha de nacimiento y el número de seguro social para la continuación del cónyuge/dependiente:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____

7. Préstamo de póliza *ADEMÁS DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES 9 Y 12 AL DORSO. (Seleccione la sección 7 sobre préstamo de póliza o la sección 8 sobre extracciones, no ambas).*

SELECCIONE UNA OPCIÓN

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

Solicito un préstamo de póliza por el monto máximo disponible.

Mediante la firma que se encuentra al dorso, cedo la póliza al asegurador como garantía.

Los préstamos de póliza están disponibles en pólizas de seguros de vida exclusivas únicamente. Los montos mínimos de préstamo se aplican según lo estipula el contrato de su póliza. Recibirá notificaciones anuales sobre el préstamo y los intereses hasta que el préstamo se haya cancelado por completo. Para obtener información sobre la cancelación de su préstamo, comuníquese con nosotros al 1.800.325.4368.

Continúa al dorso
Centro de procesamiento de Colonial Life Insurance

8. Extracciones/Rescate parcial (Póliza de seguro de vida universal) ADEMÁS DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES 9 Y 12.
(Seleccione la sección 7 sobre préstamo de póliza o la sección 8 sobre extracciones, no ambas).

SELECCIONE UNA OPCIÓN

- Solicito una extracción/rescate parcial de póliza por el siguiente monto: \$ _____
- Solicito una extracción/rescate parcial de póliza por el monto máximo disponible.

Sólo se permite una extracción/rescate parcial de póliza por año. Los montos mínimos de extracción se aplican según lo estipula el contrato de su póliza. Se cobrará una tarifa de procesamiento según lo estipula el contrato de su póliza. Las extracciones/rescates parciales de póliza están disponibles en las pólizas de seguros de vida universales únicamente. Si su póliza no es una póliza de seguro de vida universal y usted solicita una extracción, procesaremos la solicitud como préstamo de póliza.

9. Opciones de retención impositiva LEA Y COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ESTÁ SOLICITANDO UN RESCATE O UNA EXTRACCIÓN.

La elección de una opción de retención impositiva no está disponible para productos deducibles de impuestos. Se le exige al asegurador que retenga el 20% de toda ganancia reconocida para productos deducibles de impuestos a menos que los fondos estén incluidos directamente en una cuenta de jubilación individual u otro plan de jubilación que califique.

Conforme a ciertos criterios establecidos por el Ministerio de Hacienda, el asegurador puede declarar una ganancia en el momento del rescate, rescate parcial o extracción de esta póliza, lo que generaría una situación gravable. No obstante, toda ganancia es un ingreso gravable para el corriente año fiscal.

Si una ganancia es declarable, se le enviará un Formulario 1099R del IRS al inicio del siguiente año calendario, que declare la ganancia reconocida, y se enviará una copia del Formulario 1099R al IRS. Si una ganancia no es declarable cuando se procesa el rescate, rescate parcial o la extracción, no se enviará ningún Formulario 1099R del IRS. Además, si una ganancia es declarable, se le exige al asegurador que retenga el 10% de toda ganancia reconocida, a menos que el titular de la póliza no opte por la retención impositiva. Usted puede estar sujeto a sanciones conforme a las normas de pago impositivo estimado si no opta por la retención impositiva y los pagos de impuestos estimados y otras retenciones no son suficientes para cumplir la obligación fiscal.

Elija una de las siguientes opciones. Si no se elige ninguna opción, se realizará una retención automáticamente.

- NO deseo que se retenga el impuesto federal sobre la renta en conjunción con este rescate/rescate parcial/extracción.
- DESEO que se retenga el impuesto federal sobre la renta de los fondos de este rescate/rescate parcial/extracción.

10. Aviso especial para residentes de un estado de bienes gananciales

Un cónyuge o ex cónyuge puede tener un interés en los fondos del seguro de vida o un valor en efectivo acumulado si las primas de la póliza se pagaron con fondos gananciales. Es su responsabilidad consultar a su asesor legal para garantizar 1) que se haya recibido el consentimiento necesario de un cónyuge o ex cónyuge y 2) que su cónyuge o ex cónyuge no podrá presentar ningún reclamo en contra de los valores y/o fondos de la póliza en el caso de que los beneficios de la póliza se tomen pagaderos.

11. Otras solicitudes o comentarios (INCLUYE CAMBIOS DE ILUSTRACIÓN, DISMINUCIÓN NOMINAL, DISCREPANCIAS EN LA EDAD O AUMENTO DE PRIMAS, ETC.).

12. Firmas obligatorias DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN EN SU TOTALIDAD PARA QUE PODAMOS PROCESAR SU SOLICITUD. ASEGÚRESE DE INCLUIR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O FECHA DE NACIMIENTO A CONTINUACIÓN. SI NO PROVEE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL NI LA FECHA DE NACIMIENTO, EL PROCESAMIENTO PUEDE DEMORARSE.

He leído esta solicitud detenidamente y doy fe de que es correcta y está totalmente completa. Entiendo que dicha solicitud está sujeta a las disposiciones y condiciones de la póliza y que la compañía puede exigir información o requisitos adicionales. Certifico que la póliza no se entrega en garantía ni se cede a ninguna otra persona o corporación, excepto donde se lo establezca en la solicitud, y que no se ha presentado ni se encuentra pendiente ninguna causa, declaración de quiebra o insolvencia.

Certifico que el **número de seguro social** o la **fecha de nacimiento** indicados son correctos, y autorizo por este medio a que Colonial ejecute esta solicitud.

Escriba el nombre del titular de la póliza en letra de imprenta _____

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

Número de seguro social o fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Dirección del titular de la póliza _____

Dirección de correo electrónico del titular de la póliza _____

Firma del cesionario (si lo hubiera) _____

Fecha _____
(MM/DD/AAAA)

RECUERDE FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA.

ENVIAR POR CORREO A: Colonial Life Insurance Processing Center, P.O. Box 1365, Columbia, SC 29202-1365
Teléfono: 1.800.325.4368 / Para enviar solicitudes por fax: 1.800.561.3082

coloniallife.com