

# Solicitud de Servicio

¿Qué tipo de servicio está usted 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 ( Porfavor adiera copia legal eomo evidencia)

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. o llame al 1.800.325.4368 para requerir el formulario de Cambio de Beneficiario

## 5. Cambio del método de pago USTED. TIENE LA OPCIÓN DE TRES MÉTODOS DE PAGO FÁCILES. SELECCIONE UNO POR FAVOR.

1.  Por favor descuenta las primas de mi cuenta de cheques.

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

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

0

2.  Por favor envíeme la factura. Seleccione uno de lo siguiente: 0

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)

3.  Primas serán descontadas de su sueldo

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

Numero de Control de Factura o de Cuenta \_\_\_\_\_

Por favor comuníquese con el administrador del Plan para comenzar su descuento de sueldo.

## 6. Cancelación, Devolución o Cambio de la Póliza USTED DEBE TAMBIÉN COMPLETAR LAS SECCIONES 9 Y 12 DEL REVERSO.

Cancelar o Devolver la(s) Poliza(s) \_\_\_\_\_

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 usted desea agregar un miembro de la familia por favor consulte con su representante de Paul Revere.

## 7. Préstamo sobre la póliza USTED. DEBE COMPLETAR TAMBIÉN LA SECCIÓN 9 Y 12 DEL REVERSO.

POR FAVOR ESCOJA UNA OPCION

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. Los montos mínimos de préstamo apropiados están descritos en el contrato de la póliza. Hasta que el préstamo esté completamente pagado Ud. recibirá avisos anuales del interés del préstamo. Llame al 1.800.325.4368 para informarse sobre el pago del préstamo sobre la póliza.

CONTINÚA EN EL REVERSO

The Paul Revere Life Insurance Processing Center.

**8. Retiro / Devolución Parcial (Póliza de Vida Universal) USTED DEBE TAMBIÉN COMPLETAR LAS SECCIONES 10 Y 12. (Seleccione solo una sección; No. 7 Prestamos contra su Póliza o No. 8 Retiro).**

**POR FAVOR ESCOJA UNA OPCION**

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. Los montos mínimos de préstamo apropiados están descritos en el contrato de la póliza. 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 usted solicita un retiro sobre la póliza, Solo esta disponible en la póliza de vida universal el retiro o devolución parcial. procesaremos la solicitud como un préstamo sobre la póliza.*

**9. Aviso para Residentes de Estados con Leyes de Bienes Comunitarios**

*SUn cónyuge o cónyuges previos puedan tener derecho al beneficio de muerte si las primas de la póliza fueron pagadas con ingresos comunitarios. Es su responsabilidad de recibir consentimiento legal de parte de su cónyuge o cónyuges previos y asegurarse de que su cónyuge o cónyuges previos no hagan ningún reclamo jurídico legal contra los valores acumulados en la póliza y/o los pagos de beneficios en el evento que estos fueran pagados por la póliza.*

**10. Otras solicitudes o comentarios**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Firmas Requeridas** USTED. 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 he Paul Revere Processing Center 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) \_\_\_\_\_

Fecha y firmado en (ciudad, estado) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR. ENVÍE POR CORREO A:  
The Paul Revere Processing Center, P. O. Box 1365, Columbia, SC 29202-1365  
Teléfono: 1.800.325.4368 / Por Fax 1.800.561.3082  
Para enviar su solicitud por telefax, mándela a: 1.800.561.3082**