

Solicitud de servicio

¿Qué tipo de servicio está solicitando? Marque solo las casillas que correspondan.

1. Información general

Nombre del asegurado como figura en la póliza actualmente: _____ Nro. de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

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

Nombre del empleador:

2. Cambio de nombre *ADJUNTE UNA COPIA DE LA EVIDENCIA LEGAL.*

Nombre anterior: _____ Nombre actual: _____

Motivo: Corrección Matrimonio/Divorcio Otro

3. Cambio de domicilio

Calle	Dpto. nro.	Teléfono (particular) (laboral)	Dirección de correo electrónico
Ciudad	Estado	Código postal	

4. Solicitud del formulario de Cambio de beneficiario

Visítenos en nuestro sitio web coloniallife.com o comuníquese con nosotros 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 MÉTODOS SENCILLOS DE PAGO. SELECCIONE UNO.*

1. Deseo que se deduzcan las primas mensuales de mi cuenta bancaria.

Adjunte un cheque anulado y marque con un círculo el intervalo de días en el que desearía que se realice el débito automático de su cuenta corriente.

INTERVALO: (A) 1 al 5 (B) 6 al 10 (C) 11 al 15 (D) 16 al 20 (E) 21 al 26 El débito automático se realizará uno de los días dentro del intervalo que seleccionó. Firma del titular de la cuenta corriente: _____

O

2. Deseo que me envíen las facturas directamente.

Elija una de las siguientes opciones:

- Trimestral (*Se realiza un pago de 3 veces su prima mensual*).
 Semestral (*Se realiza un pago de 6 veces su prima mensual*).
 Anual (*Se realiza un pago de 12 veces su prima mensual*).

O

3. Deseo cambiar a deducciones del cheque de pago.

Nombre del empleador _____

Número de control de facturación o número de cuenta _____

Comuníquese con el administrador del plan para comenzar la deducción del cheque de pago.

6. Cancelación, rescate o cambio de póliza *TAMBIÉN DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES 9 Y 12 EN EL REVERSO.*

Cancelación o rescate de la(s) póliza(s)
 Cancelación de los siguientes anexos de la(s) póliza(s): Cónyuge Dependiente Fecha de nacimiento del dependiente más joven _____
 Otro
 Cambio de dos padres a individual Cambio de dos padres a padre o madre Cambio de padre o madre a individual
Proporcione nombre, fecha de nacimiento y número de Seguro Social en caso de continuación del cónyuge/dependiente:
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

7. Préstamo de póliza *TAMBIÉN DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES 9 Y 12 EN EL REVERSO. (Seleccione la sección 7 de préstamos de póliza o la sección 8 de extracciones, no ambas).*

SELECCIONE UNA OPCIÓN.

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

Estoy solicitando un préstamo de póliza por el monto máximo disponible.

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

Los préstamos de póliza están disponibles en las pólizas de vida selectas únicamente. Los montos mínimos de préstamo pueden aplicarse según lo establecido en su contrato de póliza. Recibirá notificaciones anuales sobre el préstamo y los intereses hasta que el préstamo se haya pagado en su totalidad. Para obtener información acerca del pago de su préstamo, comuníquese con nosotros al 1.800.325.4368.

**Continúa en el reverso
Colonial Life & Accident Insurance Company**

8. Extracción/Rescate parcial (póliza de vida universal) TAMBIÉN DEBE COMPLETAR LAS SECCIONES 9 Y 12. (Seleccione la sección 7 de préstamos de póliza o la sección 8 de extracciones, no ambas).

SELECCIONE UNA OPCIÓN.

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

Se permite solo una extracción/un rescate parcial por año de póliza. Los montos mínimos de extracción se aplican según lo establecido en su contrato de póliza. Habrá un arancel de procesamiento según lo establecido en su contrato de póliza. Las extracciones/los rescates parciales de pólizas están disponibles en las pólizas de vida universal únicamente. Si su póliza no es una póliza de vida universal y solicita una extracción, procesaremos la solicitud como un préstamo de póliza.

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

La elección de una opción de retención de impuestos no está disponible en el caso de productos sujetos a beneficios impositivos. En el caso de productos sujetos a beneficios impositivos, el asegurador debe retener 20% de toda ganancia reconocida, a menos que los fondos se depositen directamente en una cuenta de jubilación individual (IRA) u otro plan de jubilación calificado.

Según determinados criterios establecidos por el Ministerio de Hacienda, el asegurador puede declarar una ganancia al momento del rescate, el rescate parcial o la extracción de esta póliza, lo que creará una situación sujeta a impuestos. Sin embargo, toda ganancia es un ingreso sujeto a impuestos en el año fiscal actual.

Si una ganancia es declarable, al comienzo del siguiente año calendario se le enviará un formulario 1099R de IRS, en que se informará la ganancia reconocida, y se enviará una copia del formulario 1099R al IRS. Si una ganancia no es declarable cuando se procesan el rescate, el rescate parcial o la extracción, no se enviará el formulario 1099R del IRS. Además, si una ganancia es declarable, el asegurador debe retener el 10% de toda ganancia reconocida, a menos que el dueño de la póliza elija que no se retengan los impuestos. Si elige que no se le retengan los impuestos, y los pagos de impuestos calculados y otras retenciones no son adecuados para liquidar la deuda impositiva, puede estar sujeto a sanciones según las reglas de pago de impuestos calculados.

Elija una de las siguientes opciones. Si no se selecciona ninguna opción, se realizará una retención de manera automática.

- NO deseo que se me retenga el impuesto federal sobre la renta junto con este rescate/recate parcial/extracción.
- NO deseo que se me retenga el impuesto federal sobre la renta de los fondos de este rescate/recate parcial/extracción.

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

Si las primas de la póliza se pagaron con fondos comunes, un cónyuge o ex cónyuge pueden tener interés en los fondos del seguro de vida o cualquier valor en efectivo acumulado. Es su responsabilidad consultar con su asesor legal para 1) asegurarse de que se hayan recibido los consentimientos necesarios del cónyuge o ex cónyuge y 2) asegurarse de que su cónyuge o ex cónyuge no podrán exigir valores de la póliza y/o fondos, en caso de que algún beneficio de la póliza se haga pagadero.

11. Otras solicitudes u observaciones (INCLUYE CAMBIOS EN LA ILUSTRACIÓN, DISMINUCIÓN DEL VALOR NOMINAL, DISCREPANCIAS EN LA EDAD O AUMENTO DE LAS PRIMAS, ETC.)

12. Firmas requeridas *DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN EN SU TOTALIDAD PARA QUE PROCESAMOS SU SOLICITUD. ASEGÚRESE DE INDICAR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O UNA FECHA DE NACIMIENTO A CONTINUACIÓN. SI NO PROPORCIONA UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O UNA FECHA DE NACIMIENTO, SE PUEDE RETRASAR EL PROCESAMIENTO.*

He leído esta solicitud detenidamente y acepto que se ha completado de manera adecuada y en su totalidad. Comprendo que esta solicitud está sujeta a las disposiciones y condiciones de la póliza y que la compañía puede requerir información adicional u otros requisitos. Certifico que la póliza no está puesta en garantía ni asignada a otra persona o corporación, excepto según lo establecido en la solicitud, y que no se han presentado procedimientos ni declaraciones de quiebra o insolvencia, ni están pendientes actualmente.

Certifico que el **número de Seguro Social** o la **fecha de nacimiento** indicados son correctos y, por el presente, autorizo a Colonial Life a ejecutar esta solicitud.

Nombre del dueño de la póliza en letra de imprenta _____

Firma del dueño de la póliza _____ Número de teléfono de contacto durante el día _____

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

Domicilio del dueño de la póliza _____

Dirección de correo electrónico del dueño de la póliza _____

Firma del apoderado (si corresponde) _____

Fecha _____
(MM/DD/AAAA)

ASEGÚRESE DE FIRMAR Y FECHAR ESTE DOCUMENTO.

ENVIAR POR CORREO A: Colonial Life & Accident Insurance Company, P.O. Box 1365, Columbia, SC 29202-1365

Teléfono: 1.800.325.4368 / Para enviar solicitudes por fax: 1.800.561.3082

coloniallife.com