



Formulario de solicitud de beneficios anticipados

SECCIÓN I

Nombre completo del asegurado	Número(s) de póliza	Número de Seguro Social	
Dirección de residencia del asegurado	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de teléfono alternativo	Fecha de nacimiento	

SECCIÓN II

¿Cuándo presentó el asegurado su primera molestia u otros indicios de esta enfermedad? _____

Nombre y direcciones o números de teléfono de todos los médicos consultados por el asegurado:

Nombre	Dirección	Número de teléfono	Fecha de asistencia	Enfermedad/Condición

SECCIÓN III

Las declaraciones anteriores son verdaderas y completas. Estoy/estamos de acuerdo en que la Compañía puede basarse en ellas para acreditar el fallecimiento en virtud de las pólizas mencionadas anteriormente. Cualquier médico que haya atendido al Asegurado anterior, y/o cualquier hospital (incluyendo el Hospital de la Administración de Servicios para Veteranos) u otra institución en la que el Asegurado haya sido atendido o ingresado, está por la presente autorizado a proporcionar a Leaders Life Insurance Company o a sus representantes, toda la información y los registros con respecto a cualquier enfermedad o lesión, historial médico, consultas, prescripciones o tratamientos relacionados con el Asegurado en cuestión. Dicha información podrá ser incluida como parte de las pruebas del incidente presentadas a la Compañía. Además, entiendo que la información autorizada para su divulgación puede indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o venérea que puede incluir, entre otras, enfermedades como la hepatitis, la sífilis, la gonorrea o el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a un asegurador, presente cualquier tipo reclamación de beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, incurrirá en un delito grave.

Aplicable a los residentes de OK: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una reclamación de los beneficios de una póliza de seguro que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave. Aplicable a los residentes de AR y LA: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y pena de prisión.

Aplicable a los residentes de KS: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, presente una solicitud o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa o engañosa, puede ser culpable de fraude al seguro conforme a lo determinado por un tribunal de justicia.

Aplicable a los residentes en AL: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o prestación o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de restitución, multas o pena de prisión, o cualquier combinación de las mismas.

Aplicable a los residentes de FL: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Aplicable a los residentes de NM: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Aplicable a los residentes de Texas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un incidente es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a pena de prisión estatal.

Si el asegurado nombrado o el titular de la póliza están incapacitados y no pueden firmar este formulario, el poder notarial actual debe firmar y el formulario debe ser notariado.

Nombre del asegurado en letra de molde _____ Firma del asegurado _____ Fecha _____

Nombre del titular de la póliza en letra de molde _____ Firma del titular de la póliza _____ Fecha _____

Dirección del titular de la póliza _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____

Fechado en _____ el día _____ del mes de _____
(Ciudad y Estado) (Día) (Mes y Año)

Si el incidente es indemnizable, pague con:

Cheque Depósito bancario (Por favor, llene el Formulario de Depósito Directo adjunto).

****NOTARIO****

En el estado de _____, del condado de _____, el día _____ del mes de _____ compareció personalmente ante mí _____ que me es conocido y que suscribió la anterior declaración ante mí y prestó juramento de que las anteriores respuestas son todas y cada una de ellas completas.

Firma del notario _____ Mi cargo expira _____ Sello