APLICACION

Esto no es un documento legal

NOMBRE:_____

DIRECCION: _____

CIUDAD:_____ **ESTADO:** _____ **ZONA POSTAL:** _____

TELEFONO: _____ **EMAIL:** _____

CIUDADANO o RESIDENTE: SI - NO ANOS EN EL PAIS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **PAIS DE ORIGIN:** _____ **ESTADO:** _____

SELECCIONE LA IDENTIFICACION:

LICIENCIA PASAPORTE IDENTIFICACION MATRICULA OTRO

IDENTIFICACION # _____ **GENERO: H M #SOCIAL:** _____

PESO : _____ **ESTATURA:** _____ **ESTADO CIVIL: SOLTER@ - CASAD@**

EMPLEO: _____ **INDUSTRIA:** _____

OCUPACION: _____ **INGRESO ANUAL:** _____ **TIEMPO en su EMPLEO:**_____

EL DUENO ES EL ASEGURADO: SI - NO

EL PAGADOR ES EL ASEGURADO: SI - NO

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

NOMBRE DEL DUENO O PAGADOR;_____

RELACION;_____

DIRECCION;_____

DIRECCION;_____

CIUDAD;_____ ESTADO;_____ ZONA POSTAL;_____

TELEFONO;_____ EMAIL;_____

CIUDADANO o RESIDENTE: SI - NO ANOS EN EL PAIS;_____

FECHA DE NACIMIENTO; _____ PAIS DE ORIGEN:_____ ESTADO;_____

MARQUE LA IDENTIFICACION;

LICENCIA PASAPORTE MATRICULA CONSULAR EDO de IDENTIFICACION OTRO

DE IDENTIFICACION;_____ GENERO: H - M # SOCIAL_____

ESTATURA;_____ PESO;_____ ESTADO CIVIL; CASAD@ - SOLTER@

SEGUNDA DIRECCION;_____

BENEFICIARIOS:

NOMBRE APELLIDO PARENTESCO %

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

CONTINGENTE (S) BENEFICIARIO (S)

NOMBRE APELLIDO PARENTESCO %

1.-_____

2.-_____

ASEGURADORA (financiera)

PRODUCTO_____ MONTO DE COVERTURA;_____ MONTO DE PRIMA;_____

OPCION: (A) – (B) MARQUE: --TABACO-- - -NO TABACO—

ASIGNACION:

BARCLAY DOW JONES GOLD S&P 500 (140%) S&P MONTLY TOTAL

_____% _____% ___% _____% _____% _____%

MONTO ADICIONAL:

Termino Termino-Esposa Termino-Hijo Desabilidad Accidental Muerte Accidental

$_____$_____$_____$_____$_____$_____

SEGURO DE VIDA EN CURSO; (SI) – (NO) SERA REEMPLAZADO; (SI) –(NO) MONT0$_____

NOMBRE DE LA COMPANIA;_____ SEGURO DE VIDA; SI - NO

ANUALIDAD: SI - NO NUMERO DE POLIZA _____ (1035? Si – No)

CANTIDAD;_____ BENEFICIO DE MUERTE;_____ FECHA EXPEDIDA;_____

Al adquirir esta póliza, la anterior será reemplazada; (SI) - (NO)
Estas considerando descontinuar la prima mensual, entregar o cancelar su póliza actual o contrato: (SI) - (NO)
Estas considerando usar fondos de la póliza existente para cubrir pagos de este nuevo contrato ? (SI) - (NO)

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

INFORMACION MEDICA

NOMBRE DE LA CLINICA;_____ **TELEFONO** _____

DIRECCION;_____

DIRECCION;_____

CIUDAD;_____ **ESTADO;**_____**ZONA POSTAL;**_____

FECHA DE LA ULTIMA VISITA;_____ **PROBLEMAS DE SALUD; SI - NO**

RAZON;_____ **RESULTADOS;**_____

COLOQUE UN LISTADO;_____

_____

MEDICAMENTOS; (SI) - (NO)

NOMBRE DE LA MEDICINA CONDICION-SIMTOMA DOSIS FRECUENCIA COMIENZO

1.-_____

2.-_____

3.-_____

4.-_____

5.-_____

Comentarios Especiales;_____

_____

Instrucciones Especiales;_____

_____

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

F&G Annuities & Life

New Business Pre-Authorized Check (PAC) Authorization Form

Policy Number:	Policy Owner Name:

By submitting this form, I authorize F&G to establish monthly automatic drafts for my life insurance premium payments.

Draft Instructions (Select One) *Please note, if the draft day falls on a weekend or holiday, it will default to the next business day.

☐ **Option 1 - Draft on approval** (most popular option): The initial premium payment will be drafted upon F&G's approval of my application. My coverage will be placed into effect at that time and I will be drafted on that same day each month subsequently. I understand I may not be notified after underwriting approval and prior to the initial premium draft. Please note: the effective date of the policy will be the underwriting approval date; however, some exceptions may apply.

☐ **Option 2 – Draft on approval with specified draft day:** upon F&G's approval of my policy, the initial premium will be drafted on the next occurrence of the date specified. My coverage will not be active until the specified date, and this is the day I will be drafted each month subsequently.

Specific day of the month _____ (Valid draft dates include the 1st through the 13th or the 16th through 28th)

☐ **Option 3 – Draft upon my request, after issue:** I will contact F&G, either verbally or in writing, to provide authorization to draft the initial premium after I have reviewed the policy with my agent. At that time, a specific draft date can be selected and will be drafted on that same day each month subsequently. Please note: Insurance coverage will not begin until authorization has been provided by either the Policy Owner or Agent.

☐ **Option 4 – Draft future premiums only:** I wish to pay the initial premium via personal check, wire transfer, or 1035 exchange proceeds. Premium drafting should be set up to begin the next month and in subsequent months thereafter.

☐ **Option 5 – Monthly draft plus additional funds:** I wish to pay the initial premium via personal check, wire transfer, or 1035 exchange proceeds in addition to a monthly initial premium draft. I will be drafted for my first month's premium, which will be combined with the other funds for my initial premium and regular monthly premiums will be drafted each subsequent month.

Please provide banking information below. *Routing and account numbers must be taken from a check and not a deposit slip.*

Name of Financial Institution:	Type of Account ☐ Checking ☐ Savings
Routing Number	Account Number

I authorize the payment of debits drawn on my account payable to Fidelity & Guaranty Life Insurance Company, provided there are sufficient funds in said account. I agree that if any debit be dishonored, Fidelity & Guaranty Life Insurance Company has the right to debit my account the following month for the dishonored debit as well as the scheduled debit for that month. I further agree that if any debit be dishonored, Fidelity & Guaranty Life Insurance Company shall be under no liability in the event the dishonored debit results in the forfeiture of insurance. The authority shall remain in effect until revoked by me by contacting customer service or written request and until Fidelity & Guaranty Life Insurance Company actually receives such notice of revocation.

Account Holder (Print as it appears on Bank Records) | Account Holder Signature | Date

If Account Holder differs from Policy Owner, please provide the following details:

Relationship of Account Holder to Policy Owner | Street Address of Account Holder | Date of Birth of Account Holder

SS# or ITIN # for Account Holder | City, State and Zip Code of Account Holder

Policy Owner (Print) | Signature | Date

Forms completed after policy issue may be emailed to [illegible]. **Please include the policy number on the form.**

"F&G" is the marketing name for Fidelity & Guaranty Life Insurance Company issuing insurance in the United States outside of New York. Life insurance and annuities issued by Fidelity & Guaranty Life Insurance Company, Des Moines, IA.

5

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

LG
Legacy Group
Systems, LLC

PUNTOS A RECORDAR;

1.- Adquirir fotos de todas las identificaciones (# social—licencia—pasaporte—ETC).

2.- Firma completa de todos los documentos, ejemplo; (PAC) (W-8) (HIPAA).

3.- Comentar problemas de salud en la sección medica.

4.- Si no es ciudadano o Residente, favor de proveer cuantos anos tiene radicando en el país.

5.- Marcar con una "X" la sección que uses en esta aplicación.

6.- Favor de poner los nombres completos, asi como están registrados en las identificaciones.

7.- Favor de preguntar al cliente por la existencia de una posible póliza.

8.- Asegurate que toda sección sea cubierta con la excepción de las marcadas por una "X".

9.- El llenar apropiadamente esta aplicación ayudara a llevar un proceso mas rápido y eficaz.

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

VERIFICACION DE DATOS

Yo _____, por este medio declaro que cada una de la informacion aqui mensionada es veridica.

Tambien entiendo que estoy en un proceso de adquirir una poliza de vida, mas aun asi entiendo que no hay ninguna garantia de ser aprobado.

Hoy _____, de _____ se lleno la aplicacion y depende de la aseguradora para que se efectue la autorizacion.

Tambien quiero dejar saber que estoy a la orden para cualquier examen medico.

_____ _____

Cliente *Agente*

_____ _____

Fecha *Fecha*

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Carta de la póliza al asegurado

Tú y yo tenemos propósitos similares en la vida, tu trabajo es; proveer alimento, vestido, techo, educación, medicinas, y muchas otras cosas más a tus seres queridos, y tú lo haces mientras yo continúo creciendo en un lugar seguro. Tengo fe y confío en ti porque sé qué tus ingresos me mantendrán viva. Algunas veces te resultare muy costosa e inclusive pensarás que es una mala inversión el haberme contratado para cuidar de ti y de tu familia, pero nunca sabremos cuando cambiaremos de posición. Pero no olvides que cuándo tú ya no estés o no puedas trabajar por alguna incapacidad provocada por algún accidente o enfermedad, yo haré tu trabajo generando los ingresos qué tú generabas y con el cual proveeré a ti y tu familia, alimento, casa, vestido, educación, medicinas y muchas otras cosas más qué tú y tú familia seguirán necesitando cómo hasta hoy.

Cuando tu trabajo haya terminado el mío empezará.

A través de mí tus manos seguirán trabajando y tus seres queridos continuarán viviendo bien.

La obligación qué tienes conmigo siempre será la misma, en cambio la obligación qué tengo con tú familia continuará creciendo como sus necesidades. Nunca olvides esto:

Si tú haces tu parte, ten la seguridad qué yo cumpliré la mía.

__/___/___

_____

Att: Tú Póliza

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner