

Póliza Núm. _____ sobre la Vida de _____

Sujeto a las disposiciones de la póliza, por la presente se solicita el cambio o los cambios que se indican más adelante, y la National Life Insurance Company queda autorizada para enmendar la póliza mencionada arriba mediante endoso para incluir dicho cambio o cambios o para emitir una póliza nueva en lugar de aquella incorporando dichos cambios.

<p>1. <input type="checkbox"/> Cambiar la póliza original a:</p> <p>Cantidad _____ Plan de Seguro _____ <input type="checkbox"/> Con Participación <input type="checkbox"/> Sin Participación</p> <p><input type="checkbox"/> Aditamento de relevo del pago de prima (No. V.U.) <input type="checkbox"/> Aditamento para Otro Asegurado (V.U.) <input type="checkbox"/> Aditamento de relevo de costo de seguro (V.U.) <input type="checkbox"/> Beneficio por Muerte Accidental \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>La fecha de la Póliza que sea: <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Igual que en la póliza original <input type="checkbox"/> No Fumador <input type="checkbox"/> La Fecha de vencimiento de la prima en vigor <input type="checkbox"/> V.U. Solamente (Opción 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>)</p>	<p>4. <input type="checkbox"/> Cambiar cualquier remanente del seguro original a:</p> <p>Cantidad _____ Plan de Seguro _____ <input type="checkbox"/> Con Participación <input type="checkbox"/> Sin Participación</p> <p><input type="checkbox"/> Aditamento de Relevo del pago de prima (No. V.U.) <input type="checkbox"/> Aditamento para Otro Asegurado (V.U.) <input type="checkbox"/> Aditamento de relevo de costo de seguro (V.U.) <input type="checkbox"/> Beneficio por Muerte Accidental \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>La fecha de la Póliza que sea: <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Igual que en la póliza original <input type="checkbox"/> No Fumador <input type="checkbox"/> La Fecha de vencimiento de la prima en vigor <input type="checkbox"/> V.U. Solamente (Opción 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>)</p>
<p>Cuando no se indica cambio en alguna partida de las que siguen, dicha partida permanecerá igual que en la póliza original.</p> <p>Opción de <input type="checkbox"/> 1. Efectivo <input type="checkbox"/> 4. Acumulaciones de Dividendo Dividendo <input type="checkbox"/> 2. Pago de Prima <input type="checkbox"/> 5. _____ (Si es con Part.) <input type="checkbox"/> 3. Adiciones de Dividendo</p> <p>Prima Pagadera: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semi-Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> COM <input type="checkbox"/> ISS</p> <p>Dueño: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Beneficiario: Nombre _____ Parentesco con el Asegurado _____</p>	<p>Cuando no se indica cambio en alguna partida de las que siguen, dicha partida permanecerá igual que en la póliza original.</p> <p>Opción de <input type="checkbox"/> 1. Efectivo <input type="checkbox"/> 4. Acumulaciones de Dividendo Dividendo <input type="checkbox"/> 2. Pago de Prima <input type="checkbox"/> 5. _____ (Si es con Part.) <input type="checkbox"/> 3. Adiciones de Dividendo</p> <p>Prima Pagadera: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semi-Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> COM <input type="checkbox"/> ISS</p> <p>Dueño: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Beneficiario: Nombre _____ Parentesco con el Asegurado _____</p>
<p>2. <input type="checkbox"/> Adición de Beneficios -- Adicionar los siguientes Beneficios Suplementarios:</p> <p><input type="checkbox"/> Aditamento de Relevo de pago de prima (No. V.U.) <input type="checkbox"/> Beneficio Muerte Accidental \$ _____ <input type="checkbox"/> Aditamento de Relevo de costo de seguro (V.U.) <input type="checkbox"/> Aditamento para otro Asegurado (V.U.) <input type="checkbox"/> Aditamento para los Hijos _____ Unidades (V.U.) <input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p>5. <input type="checkbox"/> ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez el Propuesto Asegurado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>(a) Si la contestación es afirmativa: (1) Si es fumador ahora, ¿cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Cuándo dejó de fumar el Propuesto Asegurado? _____ (2) Si era fumador antes, ¿cuántos cigarrillos al día? _____</p> <p>(b) Si la contestación es negativa: ¿Usa el Propuesto Asegurado alguna otra forma de tabaco? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la contestación es afirmativa, ¿qué usa? _____ ¿Que cantidad al día? _____</p>
<p>3. <input type="checkbox"/> Cancelación de Beneficios: Cancelar los siguientes Beneficios Suplementarios efectivo a</p> <p><input type="checkbox"/> Aditamento de Relevo de pago de prima (No. V.U.) <input type="checkbox"/> Beneficio Muerte Accidental \$ _____ <input type="checkbox"/> Aditamento de Relevo de costo de seguro (V.U.) <input type="checkbox"/> Aditamento para otro Asegurado (V.U.) <input type="checkbox"/> Aditamento para los Hijos _____ Unidades (V.U.) <input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p>6. <input type="checkbox"/> Peticiones especiales:</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Correcciones y Enmiendas. (Para uso de la Oficina Principal únicamente).</p>

Las siguientes preguntas deberán contestarse a menos que el único cambio solicitado sea en el Núm. 3 arriba.

<p>8. (a) Ocupación (Deberes exactos) _____ (b) ¿Se contempla cambio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. Estatura _____ Peso _____</p> <p>10. ¿Se ha dedicado, o ha considerado dedicarse a vuelos en globo, salto en paracaídas, vuelos en planeadores, carreras de automóviles, buceo con o sin escafandra, o cualquier deporte u ocupación similar? (Si la contestación es afirmativa, llene el cuestionario apropiado). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Alguna vez le han rechazado, aplazado, clasificado como riesgo subnormal, o se le ha impuesto o cargado una prima adicional, para seguro de Vida o Salud, o se le ha ofrecido una póliza diferente a la solicitada, o se le ha negado rehabilitación o renovación de Seguro de Vida o Salud? (Si la contestación es afirmativa, diga la razón). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. En los últimos diez años: (1) ¿ha padecido usted o le han diagnosticado que sufre del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo Relacionado al SIDA (ARC) o condiciones relacionadas con el SIDA o cualquier enfermedad sexualmente transmisible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (2) ¿ha recibido usted consejo o tratamiento en relación con alguna de las categorías mencionadas en (1) arriba? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>13. ¿Ha viajado usted en avión como piloto o miembro de la tripulación desde su última solicitud a esta Compañía? Si contestó en la afirmativa, llene el Cuestionario de Aviación. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Ha recibido asesoramiento, tratamiento, o ha sido convicto por el uso de alcohol o drogas, o ha sido convicto por algún delito grave? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. En los últimos 10 años, ¿ha tenido usted o se le ha dicho que tenía alta presión sanguínea o enfermedades cardiovasculares o de los vasos sanguíneos; cáncer o tumor de cualquier clase; epilepsia o desorden nervioso; diabetes; desorden pulmonar o respiratorio; enfermedades del riñón, desorden de los nódulos linfáticos o de la sangre; o desorden gastrointestinal o digestivo? (Marque con un círculo la parte correspondiente). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. Explique cualquier contestación en la afirmativa a las preguntas desde las 8 a la 15.</p>
--	---

El abajo firmante, habiendo leído lo anterior y cualquier Parte A y Parte B en este documento, que serán las bases para el cambio solicitado acepta: (1) la información contenida en el documento es completa y correcta, y será una enmienda a y formará parte de la póliza enumerada arriba, y será una base para y una parte de cualquier seguro emitido en adición a o en lugar de dicha póliza; (2) la Compañía no estará obligada por ninguna declaración del abajo firmante que no esté contenida en este documento, ni será un aviso a o el conocimiento de cualquier agente o examinador médico aviso a o conocimiento de la Compañía; (3) a menos que de otro modo se especifique en la póliza, dicho cambio o cambios solicitados no entraran en vigor hasta tanto el cambio haya sido aprobado por la Compañía y cualquier consideración requerida sea pagada a la Compañía mientras el asegurado disfrute de buena salud; (4) cualesquier errores u omisiones en este documento podrán corregirse por la Compañía en el Inciso Núm. 7 arriba, y la aceptación de una copia de este formulario que contenga dichas correcciones será ratificación a las mismas, excepto que ningún cambio en cantidad de seguro, clasificación, plan de seguro o beneficios se hará sin el consentimiento por escrito del abajo firmante(s) no podrá hacerse, modificarse o terminarse ningún contrato de la Compañía y no podrá renunciarse ninguno de sus derechos o requisitos, excepto por escrito firmado por su Presidente, Vice-Presidente, Secretario o Secretario Auxiliar; (5) siempre que sea legal, a favor de cualquiera que tenga cualquier reclamación o interés en dicha póliza, cualquier persona que haya examinado o examine de aquí en adelante al abajo firmante está relevado de cualquier impedimento legal para la revelación de información así adquirida y está autorizado a revelar la misma.

Fecha en _____ hoy _____ de _____ _____ Asegurado
(Si el Asegurado no ha cumplido 15 años, firmará el Solicitante)

Testigo _____ _____ Dueño
(Firme únicamente si no es el Asegurado)

Dirección _____

Póliza Núm. _____ sobre la Vida de _____

Sujeto a las disposiciones de la póliza, por la presente se solicita el cambio o los cambios que se indican más adelante.

<p>1. <input type="checkbox"/> Cambiar el Modo de Pago de Prima a: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semi-Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> COM <input type="checkbox"/> ISS</p>	<p>9. <input type="checkbox"/> Transferencia de Dominio -- Transfiero todo mi derecho, título e interés como Dueño de la póliza mencionada arriba a: Nombre: _____ Dirección: _____</p>
<p>2. <input type="checkbox"/> Cambiar la Opción de Dividendo a: <input type="checkbox"/> 1. Efectivo <input type="checkbox"/> 3. Adiciones de Dividendo <input type="checkbox"/> 5. _____ <input type="checkbox"/> 2. Pago de Prima <input type="checkbox"/> 4. Acumulaciones de Dividendo</p>	<p>Sujeto a cualquier préstamo o anticipo hecho por la Compañía con la garantía de la póliza y a los derechos de la Compañía en relación con los mismos, y a cualquier cesión de la póliza en vigor y archivado con la Compañía en su Oficina Principal. Declaro que no hay pendientes en mi contra procedimientos de insolvencia o quiebra y que no he ejecutado ninguna cesión que no esté archivada con la Compañía en su Oficina Principal.</p>
<p>3. <input type="checkbox"/> Solicitud para Préstamo Automático de Prima -- Si alguna prima no se paga a su vencimiento o en el periodo de gracia, el pago de la misma se hará de acuerdo con la Disposición de Préstamo Automático de Prima de la Póliza.</p>	
<p>4. <input type="checkbox"/> Revocación de la Solicitud para Préstamo Automático de Prima -- Cualquier solicitud anterior para el pago de prima de acuerdo con la Disposición de Préstamo Automático de Prima de la Póliza se revoca por la presente y en el caso de la falta de pago de cualquier prima, vencida ahora o de aquí en adelante, dentro del periodo de gracia, las disposiciones de no caducidad de la póliza entrarán en operación.</p>	<p>10. <input type="checkbox"/> Designación de Designado del Dueño -- Cualquier Designado anterior del Dueño queda por la presente revocado y se hace la siguiente designación:</p>
<p>5. <input type="checkbox"/> Cambio de Clasificación -- Reducir la clasificación especial de prima. Se acepta que los beneficios de no caducidad en la póliza después de dicho cambio serán aquellos garantizados en pólizas suscritas en la nueva clasificación en la Fecha de Emisión Original.</p>	<p>11. <input type="checkbox"/> Peticiones Especiales.</p>
<p>6. <input type="checkbox"/> ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez el Propuesto Asegurado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (a) Si la contestación es afirmativa: (1) Si es fumador ahora, ¿cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Cuándo dejó de fumar el Propuesto Asegurado? _____ (2) Si era fumador antes, ¿cuántos cigarrillos al día? _____ (b) Si la contestación es negativa: ¿Usa el Propuesto Asegurado alguna otra forma de tabaco? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la contestación es afirmativa, ¿qué usa? _____ ¿Qué cantidad al día? _____</p>	
<p>7. <input type="checkbox"/> Cambio o Corrección de Nombre -- Por la presente se solicita que el nombre del _____ que aparece en los registros de la Compañía como _____ se cambie a _____</p>	<p>Se entiende que la Compañía no estará obligada por ninguna Escritura de Fideicomiso o Acuerdo entre Socios, y no estará obligada por la aplicación del producto de la póliza que haga un fideicomisario, beneficiario o cualquier otra persona.</p>
<p>8. <input type="checkbox"/> Cambio en Beneficiario -- Todas las designaciones de beneficiario y opciones de liquidación anteriores se revocan por la presente y se hace la siguiente designación de beneficiario:</p>	

Los que se especifique de otro modo en la póliza, dicho cambio o cambios que se solicitan no entrarán en vigencia hasta no ser reconocidos por la Compañía, pero al ocurrir dicho reconocimiento, efectivos a la fecha de este documento, sujeto a cualquier pago hecho o acción tomada por la Compañía con anterioridad a dicho reconocimiento.

Fecha en _____ hoy _____ de _____ de _____ Dueño _____
Dirección _____
Testigo _____ (a la que se enviarán los avisos de prima y otros)

Reconocimiento por la Compañía
Recibido y archivado en la Oficina Principal de la Compañía.

NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY

Por _____

Secretario

INSTRUCCIONES

Solicitud para Cambio en la Póliza-Parte A

1. Use las partidas 1 ó 4 para todos los cambios en cantidad o plan, Conversiones de Terminó o Reemplazos.
2. El Dueño, si no es el Asegurado, deberá firmar cualquier solicitud junto con el Asegurado.
3. El Cesionario, si alguno, deberá firmar también cualquier solicitud de cambio.
4. La Compañía se reserva el derecho de requerir un examen médico en relación con cualquier cambio solicitado.
5. La póliza original deberá ser devuelta a la Oficina Principal junto con este formulario para cambios que se soliciten en las partidas 1,3, ó 4. Para otros cambios, no deberá devolverse la póliza a menos que así se solicite.

Solicitud para Cambio en la Póliza — Parte B

1. El Cesionario, si alguno, deberá firmar cualquier solicitud junto al Dueño si se solicitan cambios en Opción de Dividendo (Núm. 2) o Disposición para Préstamo Automático de Prima (Núm. 3 y Núm. 4).
2. La Póliza no deberá ser devuelta a la Oficina Principal a menos que así se solicite.