

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO  
AL DEPARTAMENTO DE PÓLIZA**

Póliza No. \_\_\_\_\_

Fecha de Entrada en Vigor \_\_\_\_\_

**Asegurado** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Titular** (si es distinto del asegurado)

Dirección del Titular \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

1. Cambiar el nombre a: \_\_\_\_\_

Razón del cambio \_\_\_\_\_  
(incluya documentación legal confirmando el cambio)

2. Requerimiento de Información  
 Duplicado de Póliza  Ilustración  Otro \_\_\_\_\_

3. Cambiar Modalidad de Pago a:  
 Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

Dirección de Facturación \_\_\_\_\_  
Prima desde \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_

4. Cambio de Beneficiario (proporcione nombre, dirección y relación)  
Primario \_\_\_\_\_  
Contingente \_\_\_\_\_

5. Cambio de Titular (anterior y nuevo titular deben firmar)  
Nombre \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

6. Reducir la Póliza de Ingreso por Incapacidad  
Beneficio Mensual a \_\_\_\_\_  
Eliminar Cobertura Adicional \_\_\_\_\_  
Incrementar el Período de Eliminación a \_\_\_\_\_

7. Reducir Póliza de Vida (Póliza de Vida Permanente, WL por sus siglas en inglés, no aplicable)  
Monto Nominal Asegurado a \$ \_\_\_\_\_

8. Cancelar el Beneficio/Cobertura Adicional en la Póliza de Vida  
Nombre de la Cobertura Adicional \_\_\_\_\_

9. Cambio de Opción para Seguro de Vida Universal (UL por sus siglas en inglés)  
Nivel \_\_\_\_\_  
Incremento \_\_\_\_\_

10. Procesar rendición parcial para Vida Universal (UL por sus siglas en inglés)  
Por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_  
Lo máximo disponible \_\_\_\_\_

11. Procesar Préstamo de Póliza  
Por la cantidad de \$ \_\_\_\_\_  
Lo máximo disponible \_\_\_\_\_  
Tener las primas pagadas hasta \_\_\_\_\_  
Repago del préstamo \_\_\_\_\_

12. Terminar la póliza  Rendición  Cancelar

13. Requerimientos especiales  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las condiciones siguientes son parte de este formulario, y yo (nosotros) acepto (aceptamos) que he (hemos) leído y entiendo (entendemos) aquéllas que son relevantes a la(s) solicitud(es) hecha(s).

\_\_\_\_\_  
Titular de la póliza

\_\_\_\_\_  
Cesionario, Nuevo Propietario u otra firma requerida

**(For Home Office use only)  
ACKNOWLEDGEMENT**

The company has processed the change(s) requested and has filed the request form.  
Illinois Mutual Life Insurance Company

Dated: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_  
Authorized Person

## ACUERDO

1. Esta Solicitud de Servicio de Póliza combinada se proporciona para la conveniencia de los titulares de póliza y los agentes. Si la solicitud no se puede satisfacer sin obtener mayor información u otros formularios, Illinois Mutual (la Compañía) los proporcionará.
2. Un **cambio de titular** no constituye un cambio de beneficiario. Cuando un titular completa la Sección 4 y firma este formulario, transfiere toda propiedad, derechos, título e intereses de la póliza al nuevo dueño. **El nuevo titular también debe firmar el formulario.** Si en este formulario se solicitan simultáneamente el cambio de titular y el cambio de beneficiario, al firmar, el nuevo titular acepta el cambio de beneficiario.
3. Un **cambio de beneficiario** anula todas las designaciones de beneficiario existentes y acuerdos de compensación referentes a la póliza. A menos que se estipule lo contrario, se le reserva al titular el derecho de anular y cambiar de beneficiario. Un cambio de beneficiario se vuelve válido cuando un funcionario de la Compañía firma una copia de este formulario; el cambio es efectivo en la fecha de esta solicitud. A menos que se establezca de otra forma, los beneficiarios de una clase compartirán en partes iguales con el sobreviviente o sobrevivientes en esa clase. Especifique en la Sección 14 la naturaleza de cualquier arreglo de compensación especial que se desee.
4. Cuando se emite un **duplicado de la póliza**, el titular está de acuerdo en liberar a la Compañía de toda responsabilidad de daños, costos, y gastos a los que pudiera incurrir como resultado de la emisión del duplicado de la póliza (o certificado), pago del valor de rescate, intercambio de póliza o cualquier otro beneficio relacionado con este documento, y el titular también está de acuerdo en devolver a la Compañía la póliza perdida en caso de que la encuentre.
5. Se entiende que en un **préstamo sobre la póliza** el préstamo está sujeto a todos los términos y condiciones de la póliza. **Si la póliza ha sido cedida, el cesionario debe también firmar este formulario.**
6. Para una solicitud de rescate en efectivo, el titular garantiza que no hay procedimientos de insolvencia o bancarrota pendientes en su contra. La fecha en la cual la Compañía recibe este formulario en su Oficina Matriz es la fecha en la cual se determina el valor neto de rescate en efectivo y la fecha en la cual el beneficio por muerte y otras prestaciones de la póliza terminan.
7. Cualquier solicitud de **cancelación de coberturas adicionales (Riders en inglés) o reducción del valor nominal** será efectiva tan pronto como este formulario sea recibido por la Compañía en su Oficina Matriz. **Cualquier incremento de cobertura adicional (Riders en inglés) o incremento de valor nominal** estarán sujetos a evidencia satisfactoria de asegurabilidad y aprobación por parte de la Compañía.
8. El titular está de acuerdo en que la Compañía podría dispensar cualquier condición requiriendo que **la póliza sea presentada para cambios** así como que la Compañía podría requerir la presentación de la póliza para ciertos cambios.

El Titular de la Póliza deberá adjuntar esta copia aprobada de este formulario a la póliza.