

SERFF Tracking Number: GLIN-125991007 State: Arkansas
Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 41412
Company Tracking Number:
TOI: L08 Life - Other Sub-TOI: L08.000 Life - Other
Product Name: Supplemental Life Application
Project Name/Number: Spanish Supplemental Life Application/

Filing at a Glance

Company: Gerber Life Insurance Company
Product Name: Supplemental Life Application SERFF Tr Num: GLIN-125991007 State: ArkansasLH
TOI: L08 Life - Other SERFF Status: Closed State Tr Num: 41412
Sub-TOI: L08.000 Life - Other Co Tr Num: State Status: Approved-Closed
Filing Type: Form Co Status: Reviewer(s): Linda Bird
Author: Jennifer Wittmann Disposition Date: 02/03/2009
Date Submitted: 01/29/2009 Disposition Status: Approved
Implementation Date Requested: On Approval Implementation Date:
State Filing Description:

General Information

Project Name: Spanish Supplemental Life Application Status of Filing in Domicile: Not Filed
Project Number: Date Approved in Domicile:
Requested Filing Mode: Review & Approval Domicile Status Comments:
Explanation for Combination/Other: Market Type: Individual
Submission Type: New Submission Group Market Size:
Overall Rate Impact: Group Market Type:
Filing Status Changed: 02/03/2009
State Status Changed: 02/03/2009 Deemer Date:
Corresponding Filing Tracking Number:
Filing Description:
Application forms are submitted in Spanish as follows:

Underwriting Questionnaires: CARDQUEST, EMPQUEST, MEDQUEST, NERVQUEST, RESPQUEST and SOCQUEST were previously approved on 9/14/2004 (SERFF # SERT-649QUY424).

Application Amendment form: AMEND-04 was previously approved on 7/27/2004 (SERFF # SERT-635MSE238).

SERFF Tracking Number: GLIN-125991007 State: Arkansas
 Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 41412
 Company Tracking Number:
 TOI: L08 Life - Other Sub-TOI: L08.000 Life - Other
 Product Name: Supplemental Life Application
 Project Name/Number: Spanish Supplemental Life Application/

Company and Contact

Filing Contact Information

Jennifer Wittmann, Legal & Compliance jennifer.wittmann@gerber.com
 Associate
 1311 Mamaroneck Avenue (914) 272-4000 [Phone]
 White Plains, NY 10605 (914) 272-4099[FAX]

Filing Company Information

Gerber Life Insurance Company CoCode: 70939 State of Domicile: New York
 1311 Mamaroneck Avenue Group Code: Company Type: Life and Health
 Insurance
 White Plains, NY 10605 Group Name: State ID Number:
 (914) 272-4000 ext. [Phone] FEIN Number: 13-2611847

Filing Fees

Fee Required? Yes
 Fee Amount: \$50.00
 Retaliatory? No
 Fee Explanation:
 Per Company: No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
Gerber Life Insurance Company	\$50.00	01/29/2009	25353698

SERFF Tracking Number: GLIN-125991007 State: Arkansas
Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 41412
Company Tracking Number:
TOI: L08 Life - Other Sub-TOI: L08.000 Life - Other
Product Name: Supplemental Life Application
Project Name/Number: Spanish Supplemental Life Application/

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved	Linda Bird	02/03/2009	02/03/2009

SERFF Tracking Number: *GLIN-125991007* *State:* *Arkansas*
Filing Company: *Gerber Life Insurance Company* *State Tracking Number:* *41412*
Company Tracking Number:
TOI: *L08 Life - Other* *Sub-TOI:* *L08.000 Life - Other*
Product Name: *Supplemental Life Application*
Project Name/Number: *Spanish Supplemental Life Application/*

Disposition

Disposition Date: 02/03/2009

Implementation Date:

Status: Approved

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number: GLIN-125991007 State: Arkansas
 Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 41412
 Company Tracking Number:
 TOI: L08 Life - Other Sub-TOI: L08.000 Life - Other
 Product Name: Supplemental Life Application
 Project Name/Number: Spanish Supplemental Life Application/

Item Type	Item Name	Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification		No
Supporting Document	Application		No
Supporting Document	Translation Certs for AMEND04 Most States		Yes
Supporting Document	Translation Certs for UW Questionnaires - Most States		Yes
Form	Amendment of Application		Yes
Form	Caridac Disorder Questionnaire		Yes
Form	Employment Questionnaire		Yes
Form	Medical Questionnaire		Yes
Form	Nevous Disorder Questionnaire		Yes
Form	Respiratory Disorder Questionnaire		Yes
Form	Social Questionnaire		Yes

SERFF Tracking Number: GLIN-125991007 State: Arkansas
 Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 41412
 Company Tracking Number:
 TOI: L08 Life - Other Sub-TOI: L08.000 Life - Other
 Product Name: Supplemental Life Application
 Project Name/Number: Spanish Supplemental Life Application/

Form Schedule

Lead Form Number: AMEND-04 SP

Review Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
	AMEND-04 SP	Other	Amendment of Application	Initial		0	Amend-04_SP(US).pdf
	CARDQUEST SP	Application/ Enrollment Form	Cardiac Disorder Questionnaire	Initial		0	CARDQUEST SP.pdf
	EMPQUEST SP	Application/ Enrollment Form	Employment Questionnaire	Initial		0	EMPQUEST SP.pdf
	MEDQUEST SP	Application/ Enrollment Form	Medical Questionnaire	Initial		0	MEDQUEST SP.pdf
	NERVQUEST SP	Application/ Enrollment Form	Nervous Disorder Questionnaire	Initial		0	NERVQUEST SP.pdf
	RESPQUEST SP	Application/ Enrollment Form	Respiratory Disorder Questionnaire	Initial		0	RESPQUEST SP.pdf
	SOCQUEST SP	Application/ Enrollment Form	Social Questionnaire	Initial		0	SOCQUEST SP.pdf

Gerber Life Insurance Company

1311 Mamaroneck Avenue
White Plains, New York 10605

Modificación de solicitud

Número de póliza:

Asegurado propuesto:

La solicitud a Gerber Life Insurance Company debe ser modificada de la siguiente manera:

[Wording to be inserted by underwriting.]

Por medio del presente, manifiesto y acepto que:

- La solicitud, inclusive la presente modificación, constituirá la base de la póliza solicitada y formará parte de ella, y,
- La(s) declaración (declaraciones) anterior(es) y todas las otras respuestas incluidas en todas las partes de la solicitud reflejan la verdad y son completas, y,
- Desde la fecha de la solicitud, el Asegurado propuesto y cualquier (cualesquiera) otra(s) persona(s) propuesta(s) para la cobertura no han presentado ninguna lesión ni enfermedad, y no han consultado a ningún médico o profesional de atención médica ni han sido tratados por estos ni en ninguna instalación de atención médica.

Firma del solicitante:

Fecha:

Firma del asegurado propuesto (si es distinto del solicitante):

GERBER LIFE INSURANCE COMPANY
CUESTIONARIO SOBRE AFECCIONES CARDÍACAS

(Use otra hoja si el espacio provisto no es suficiente para responder a las preguntas en forma completa).

Nombre: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Indique el diagnóstico, la afección, la comunicación o el acontecimiento específico relacionado con alguna afección cardíaca: _____

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de la última evaluación cardíaca: _____

Fecha del acontecimiento cardíaco de cualquier tipo más reciente: _____

¿Su afección limita alguna de las siguientes actividades cotidianas?

No

Sí

En caso afirmativo, marque las opciones que correspondan:

Bañarse

Vestirse

Pasar de la cama o de la silla a otro sitio

Caminar

Comer

Asearse

¿Se le han realizado pruebas especiales, por ejemplo, electrocardiogramas (ECG), ecografías, radiografías o cateterismo en el término de los últimos diez años?

No

Sí

En caso afirmativo, consigne la fecha, el tipo de prueba y los resultados:

¿Se le ha practicado algún tipo de cirugía cardíaca (incluidos bypass, angiografías, colocación de stents o marcapasos, cierre de la comunicación, etc.) en el término de los últimos diez años?

No

Sí

En caso afirmativo, consigne la fecha de intervención y el procedimiento:

¿Le ha planificado o aconsejado un médico la realización de una cirugía en el futuro debido a la afección cardíaca?

No

Sí

En caso afirmativo, consigne la fecha en que se le aconsejó la cirugía y el tipo de procedimiento: _____

¿Tiene alguna arteria bloqueada?

No

Sí

En caso afirmativo, indique la cantidad de arterias bloqueadas: _____

¿Tiene algún antecedente de comunicación cardíaca (por ejemplo, agujero en el corazón)?

No

Sí

En caso afirmativo, indique la cantidad de comunicaciones: _____

Consigne el (los) tipo(s) específico(s): _____

El profesional médico le diagnosticó que la comunicación era:

Insignificante

Pequeña

Moderada

Grande

¿Se ha cerrado por completo la comunicación?

No

Sí

Fecha en que se confirmó el cierre de la comunicación: _____

En caso de que la comunicación no se haya cerrado por completo, esta comunicación es considerada por un profesional médico como:

Insignificante

Pequeña

Moderada

Grande

¿Tiene usted alguna estenosis, insuficiencia o soplo en el corazón?

No

Sí

En caso afirmativo, consigne el (los) tipo(s): _____

El soplo es considerado por un profesional médico como:

Insignificante

Leve

Moderado

Grave

¿Ha padecido alguno de los siguientes síntomas en el término de los últimos diez años?

Angina de pecho

Dolor de pecho

Respiración entrecortada

Mareo

Palpitaciones/latidos cardíacos irregulares

Dificultades de alimentación (bebés)

Otro síntoma (Describalos de manera completa): _____

Enumere todos los medicamentos recetados y no recetados que está tomando:

Enumere todas las afecciones actuales, distintas de las consignadas anteriormente, por las que ha recibido tratamiento de un profesional médico o por las que, por algún motivo, se le ha aconsejado un tratamiento:

CARDIÓLOGO:

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

CARDQUEST SP

TELÉFONO: _____
Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____
Motivo de la consulta: _____

Estas respuestas formarán parte de la solicitud que presento a Gerber Life Insurance Company.
Por medio del presente, manifiesto y acepto que, a mi leal saber y entender, la información precedente refleja la verdad y está completa.

Fecha: _____ Firma: _____

GERBER LIFE INSURANCE COMPANY
CUESTIONARIO SOBRE ASUNTOS LABORALES

(Use otra hoja si el espacio provisto no es suficiente para responder a las preguntas en forma completa).

Nombre: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Indique su situación laboral actual:

- Empleado Consigne su ocupación actual: _____
- Desempleado Consigne el motivo del desempleo: _____
- Estudiante a tiempo completo
- Estudiante con empleo actual, ya sea a tiempo completo o a tiempo parcial
- Jubilado Consigne el motivo de la jubilación: _____
- Discapacitado
- Ejército

Nombre y dirección del empleador: _____

En caso de no estar empleado, indique su fuente de ingresos actual:

- Asistencia pública/Ayuda para hijos dependientes (Aid to Dependent Children, ADC)
- Seguro social
 Consigne el motivo:
 - Discapacidad
 - Pensiones
- Beneficios por desempleo
- Otro Consigne la fuente de ingresos: _____

¿Está usted desempleado en razón de una enfermedad o afección?

- No
- Sí

En caso afirmativo, explique: _____

En caso de ser discapacitado, indique todas las afecciones que provocan la discapacidad:

_____ La incapacidad es:

- Temporal
- Permanente

En caso de estar prestando el servicio militar, ¿ha recibido órdenes en virtud de las cuales deberá desempeñar sus deberes en el extranjero o tiene conocimiento de órdenes pendientes para el desempeño de deberes en el extranjero?

- No
- Sí

En caso afirmativo, indique el lugar donde será destinado en el extranjero: _____

¿Pertenece a una unidad de las fuerzas especiales?

- No
- Sí

Describa sus deberes militares: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

Motivo de la consulta: _____

Estas respuestas formarán parte de la solicitud que presento a Gerber Life Insurance Company.
Por medio del presente, manifiesto y acepto que, a mi leal saber y entender, la información precedente refleja la verdad y está completa.

Fecha: _____ Firma: _____

GERBER LIFE INSURANCE COMPANY
CUESTIONARIO SOBRE ASUNTOS MÉDICOS

(Use otra hoja si el espacio provisto no es suficiente para responder a las preguntas en forma completa).

Nombre: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Proporcione datos completos acerca de sus antecedentes de: _____ (Consignar afección)

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de la última aparición: _____

Fecha en que se trató por última vez: _____

Tipo de tratamiento que se administró: _____

Describa todos los síntomas y complicaciones actuales: _____

¿Con qué frecuencia aparecieron los síntomas, ataques o episodios en el término de los últimos 12 meses?

¿Está recibiendo beneficios por discapacidad o del Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplementary Security Income, SSDI)?

No

Sí

En caso afirmativo, indique el motivo por el que está recibiendo los beneficios:

¿Su afección limita alguna de las siguientes actividades cotidianas?

No

Sí

En caso afirmativo, marque las opciones que correspondan:

Bañarse

Vestirse

Pasar de la cama o de la silla a otro sitio

Caminar

Comer

Asearse

¿Ha visitado alguna sala de emergencias en el término de los últimos 12 meses a causa de la afección?

No

Sí

En caso afirmativo, indique la cantidad de veces que visitó una sala de emergencias:

Indique el motivo de su(s) visita(s) a una sala de emergencias:

Fecha de su última visita a una sala de emergencias: _____

¿Ha sido admitido en algún hospital a causa de la afección en el término de los últimos diez años?

No

Sí

En caso afirmativo, indique el motivo y la(s) fecha(s) de la admisión:

¿Se le ha practicado alguna cirugía a causa de la afección en el término de los últimos diez años?

No

Sí

En caso afirmativo, indique el tipo de cirugía y la(s) fecha(s):

¿Le ha planificado o aconsejado un médico la realización de una cirugía en el futuro a causa de la afección?

No

Sí

En caso afirmativo, consigne la fecha en que se le aconsejó la cirugía y el tipo de procedimiento: _____

¿Se le han realizado a causa de la afección análisis de laboratorio para los cuales requirió tratamiento o atención médica de seguimiento en el término de los últimos diez años?

No
 Sí

En caso afirmativo, indique el tipo de análisis: _____
Fecha del análisis: _____ Resultados: _____

¿Se le han realizado análisis de seguimiento?

No
 Sí

En caso afirmativo, indique los resultados: _____

Enumere todos los medicamentos recetados y no recetados que esté tomando por cualquier motivo: _____

ESPECIALISTA MÉDICO QUE BRINDA TRATAMIENTO

TIPO DE ESPECIALISTA: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

Motivo de la consulta: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

Motivo de la consulta: _____

Estas respuestas formarán parte de la solicitud que presento a Gerber Life Insurance Company.

Por medio del presente, manifiesto y acepto que, a mi leal saber y entender, la información precedente refleja la verdad y está completa.

Fecha: _____ Firma: _____

GERBER LIFE INSURANCE COMPANY
CUESTIONARIO SOBRE TRASTORNOS NERVIOSOS

(Use otra hoja si el espacio provisto no es suficiente para responder a las preguntas en forma completa).

Nombre: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Indique el diagnóstico específico otorgado:

Ansiedad Depresión Trastorno bipolar
 Esquizofrenia Trastorno de hiperactividad y falta de atención (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)/Trastorno de falta de atención (Attention Deficit Disorder, ADD) Retraso mental
 Autismo Retraso del desarrollo
 Depresión maníaca Otro (indique) _____

Fecha del diagnóstico: _____

¿Recibe algún beneficio por discapacidad o del seguro social en razón de esta afección?

No
 Sí

¿Su afección limita alguna de las siguientes actividades cotidianas?

No
 Sí

En caso afirmativo, marque las opciones que correspondan:

Bañarse
 Vestirse
 Pasar de la cama o de la silla a otro sitio
 Caminar
 Comer
 Asearse

¿Ha sido hospitalizado a causa de cualquiera de las afecciones enumeradas anteriormente en el término de los últimos diez años?

No
 Sí

En caso afirmativo, consigne la afección y la(s) fecha(s) de la hospitalización: _____

¿Ha intentado suicidarse en el término de los últimos diez años?

No
 Sí

En caso afirmativo, consigne la(s) fecha(s): _____

En caso de ser un niño/a, se comunica:

En forma verbal
 Por lenguaje de señas
 Ecolalia
 No se comunica
 Otro. Consignar cómo se comunica _____

En caso de ser un niño/a, ¿asiste a un colegio/jardín de infancia convencional?

No
 Sí

En caso afirmativo, indique la modalidad:

Tiempo parcial
 Tiempo completo
Cantidad de horas: _____

Tratamiento actualmente administrado: (marque todas las opciones que correspondan)

Medicamentos
 Asesoramiento profesional
 Atención brindada únicamente por el médico de atención primaria

Enumere todos los medicamentos recetados y no recetados que está tomando por cualquier motivo: _____

Enumere todas las afecciones actuales por las que ha recibido tratamiento de un profesional médico o por las que se le ha aconsejado un tratamiento: _____

ESPECIALISTA MÉDICO QUE BRINDA TRATAMIENTO

TIPO DE ESPECIALISTA: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

Motivo de la consulta: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

Motivo de consulta: _____

Estas respuestas formarán parte de la solicitud que presento a Gerber Life Insurance Company.

Por medio del presente, manifiesto y acepto que, a mi leal saber y entender, la información precedente refleja la verdad y está completa.

Fecha: _____ Firma: _____

GERBER LIFE INSURANCE COMPANY
CUESTIONARIO SOBRE TRASTORNOS RESPIRATORIOS

(Use otra hoja si el espacio provisto no es suficiente para responder a las preguntas en forma completa).

Nombre: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Consigne el diagnóstico específico otorgado por problemas respiratorios:

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)
- Enfermedad reactiva de las vías respiratorias (Reactive Airway Disease, RAD)
- Bronquitis
- Enfisema
- Síndrome de dificultad respiratoria (Respiratory Distress Syndrome, RDS)
- Bronquiolitis
- Neumonía
- Virus sincicial respiratorio (Respiratory Syncytial Virus, RSV)
- Sarcoidosis
- Otro (indique) _____

¿Cuántos episodios de esta afección ha tenido en el término del último año? _____

Enumere TODAS las fechas que estuvo hospitalizado a causa de la afección en el término de los últimos diez años: _____

¿Cuántas visitas ha realizado a la sala de emergencias a causa de la afección en el término del último año?

_____ Fecha de su última visita a la sala de emergencias: _____

¿Tuvo algún ataque que no respondió al tratamiento en el término de los últimos diez años?

- No
- Sí

En caso afirmativo, indique la fecha del último ataque: _____

Fecha de la última prueba de función pulmonar: _____

Enumere los resultados de la prueba: _____

¿Su afección limita alguna de las siguientes actividades cotidianas?

- No
- Sí

En caso afirmativo, marque las opciones que correspondan:

- Bañarse
- Vestirse
- Pasar de la cama o de la silla a otro sitio
- Caminar
- Comer
- Asearse

En caso de ser adulto, ¿fuma?

- No
- Sí

En caso de ser un niño/a, ¿es fumador pasivo?

- No
- Sí

¿Se le han recetado esteroides para tratar la afección en el término del último año?

No

Sí

En caso afirmativo, los esteroides se administraron

De forma oral

Mediante inhalación

Diariamente

Cuando era necesario

Enumere todas las fechas en el término del último año en las que se le administraron esteroides: _____

Duración de la administración: _____

Enumere todos los medicamentos recetados y no recetados que está tomando por cualquier motivo: _____

Enumere todas las afecciones actuales, distintas de las consignadas anteriormente, por las que ha recibido tratamiento de un profesional médico o por las que se le ha aconsejado un tratamiento:

ESPECIALISTA MÉDICO QUE BRINDA TRATAMIENTO

TIPO DE ESPECIALISTA: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

Motivo de consulta: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

Motivo de consulta: _____

Estas respuestas formarán parte de la solicitud que presento a Gerber Life Insurance Company.

Por medio del presente, manifiesto y acepto que, a mi leal saber y entender, la información precedente refleja la verdad y está completa.

Fecha: _____ Firma: _____

GERBER LIFE INSURANCE COMPANY
CUESTIONARIO SOBRE ASUNTOS SOCIALES

(Use otra hoja si el espacio provisto no es suficiente para responder a las preguntas en forma completa).

Nombre: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de licencia de conducir: _____ Estado de emisión: _____

¿Está su licencia actualmente suspendida?

No
 Sí

Indique todas las citaciones/multas recibidas en el término de los últimos 5 años:

Citación: _____ Fecha: _____

Citación: _____ Fecha: _____

Citación: _____ Fecha: _____

¿Ha sido condenado o se ha declarado culpable por conducir bajo la influencia del alcohol o las drogas, o con una disminución de sus facultades mentales en el término de los últimos 5 años?

No
 Sí

En caso afirmativo, incluya todos los detalles y las fechas: _____

¿Ha sido condenado o se ha declarado culpable por la comisión de otros delitos en el término de los últimos 5 años?

No
 Sí

En caso afirmativo, incluya todos los detalles y las fechas: _____

¿Está actualmente encarcelado?

No
 Sí

Indique la(s) fecha(s) previa(s) de encarcelación: _____

Fecha(s) de excarcelación: _____

¿Goza actualmente de libertad condicional o libertad bajo palabra?

No
 Sí

En caso afirmativo, indique hasta qué fecha: _____

¿Ha utilizado alguna sustancia ilegal, restringida o controlada, con excepción de las recetadas por un médico, en el término de los últimos diez años?

No
 Sí

En caso afirmativo, indique el tipo de sustancias utilizadas (marque todas las opciones que correspondan).

Marihuana

Cocaína

Medicamentos recetados

Otra: (Describala) _____

¿Ha recibido ayuda o tratamiento por abuso de alcohol, uso de sustancias controladas o abuso de medicamentos recetados en el término de los últimos diez años?

No

Sí

En caso afirmativo, indique el tipo de sustancias utilizadas (marque todas las opciones que correspondan)

Alcohol

Marihuana

Cocaína

Medicamentos recetados

Otra: (Describala) _____

Fecha(s) del tratamiento _____

Fecha del último consumo de drogas: _____ Fecha del último consumo de alcohol: _____

Enumere todos los medicamentos recetados y no recetados que está tomando por cualquier motivo: _____

Enumere todas las condiciones médicas actuales por las que ha recibido tratamiento de un profesional médico o por las que, por algún motivo, se le ha aconsejado un tratamiento: _____

ESPECIALISTA MÉDICO QUE BRINDA TRATAMIENTO

TIPO DE ESPECIALISTA: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

Motivo de la consulta: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

NOMBRE: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE: _____

CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

Fecha de la última consulta: _____ Fecha de la consulta de seguimiento prevista: _____

Motivo de la consulta: _____

Estas respuestas formarán parte de la solicitud que presento a Gerber Life Insurance Company.

Por medio del presente, manifiesto y acepto que, a mi leal saber y entender, la información precedente refleja la verdad y está completa.

Fecha: _____ Firma: _____

SERFF Tracking Number: *GLIN-125991007* *State:* *Arkansas*
Filing Company: *Gerber Life Insurance Company* *State Tracking Number:* *41412*
Company Tracking Number:
TOI: *L08 Life - Other* *Sub-TOI:* *L08.000 Life - Other*
Product Name: *Supplemental Life Application*
Project Name/Number: *Spanish Supplemental Life Application/*

Rate Information

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number: GLIN-125991007 State: Arkansas
Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 41412
Company Tracking Number:
TOI: L08 Life - Other Sub-TOI: L08.000 Life - Other
Product Name: Supplemental Life Application
Project Name/Number: Spanish Supplemental Life Application/

Supporting Document Schedules

Review Status:

Satisfied -Name: Translation Certs for AMEND04
Most States

01/29/2009

Comments:

Attachment:

Amend04 Cert- Most.pdf

Review Status:

Satisfied -Name: Translation Certs for UW
Questionnaires - Most States

01/29/2009

Comments:

Attachment:

UW Quest Certs - Most.pdf

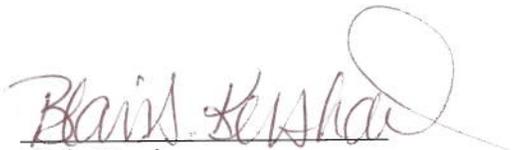


TRANSPERFECT

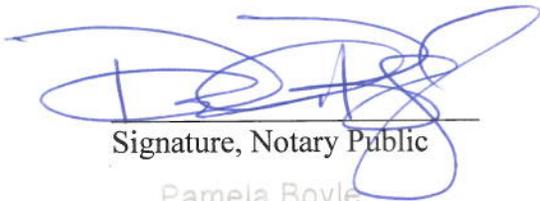
- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX
- PORTLAND
- RESEARCH TRIANGLE PARK
- SAN DIEGO
- SAN FRANCISCO
- SAN JOSE
- SEATTLE
- SINGAPORE
- STOCKHOLM
- SYDNEY
- TOKYO
- TORONTO
- VANCOUVER
- WASHINGTON, DC

City of New York, State of New York, County of New York

I, Blair Kershaw, hereby certify that the following is, to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of the documents **AMEND-04 SP** from English into Spanish US.


 Blair Kershaw

Sworn before me this
November 18th, 2008


 Signature, Notary Public

Pamela Boyle
 Notary Public, State of New York
 No. 01BO6181278
 Commission Expires Jan 28, 2012

Stamp, Notary Public
State of New York

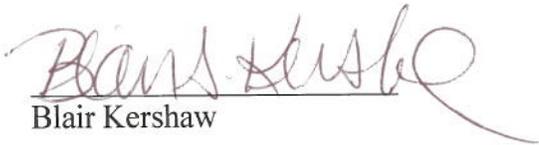


TRANSPERFECT

- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX
- PORTLAND
- RESEARCH TRIANGLE PARK
- SAN DIEGO
- SAN FRANCISCO
- SAN JOSE
- SEATTLE
- SINGAPORE
- STOCKHOLM
- SYDNEY
- TOKYO
- TORONTO
- VANCOUVER
- WASHINGTON, DC

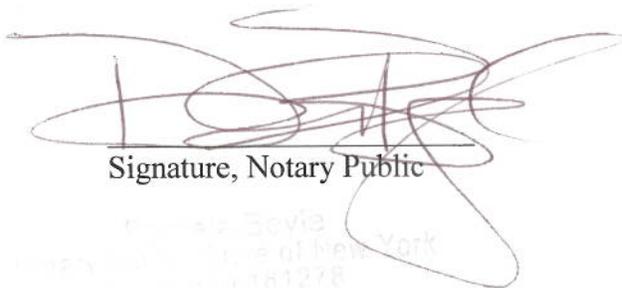
City of New York, State of New York, County of New York

I, Blair Kershaw, hereby certify that the following is, to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of the document, *CARDQUEST SP*, from English to Spanish US.



Blair Kershaw

Sworn before me this
November 11th, 2008



Signature, Notary Public



Stamp, Notary Public
State of New York



TRANSPERFECT

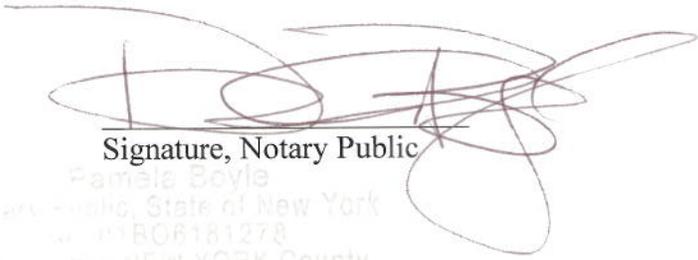
- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX
- PORTLAND
- RESEARCH TRIANGLE PARK
- SAN DIEGO
- SAN FRANCISCO
- SAN JOSE
- SEATTLE
- SINGAPORE
- STOCKHOLM
- SYDNEY
- TOKYO
- TORONTO
- VANCOUVER
- WASHINGTON, DC

City of New York, State of New York, County of New York

I, Blair Kershaw, herby certify that the following is, to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of the document, *EMPQUEST SP*, from English to Spanish US.


 Blair Kershaw

Sworn before me this
November 11th, 2008


 Signature, Notary Public

Pamela Boyle
 Notary Public, State of New York
 No. 01BO6181278
 Commission NEW YORK County
 Commission Expires Jan 28, 2012

Stamp, Notary Public
State of New York



TRANSPERFECT

- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX
- PORTLAND
- RESEARCH TRIANGLE PARK
- SAN DIEGO
- SAN FRANCISCO
- SAN JOSE
- SEATTLE
- SINGAPORE
- STOCKHOLM
- SYDNEY
- TOKYO
- TORONTO
- VANCOUVER
- WASHINGTON, DC

City of New York, State of New York, County of New York

I, Blair Kershaw, hereby certify that the following is, to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of the document, *MEDQUEST SP*, from English to Spanish US.

Blair Kershaw

Sworn before me this
November 11th, 2008

Signature, Notary Public

Stamp, Notary Public
State of New York

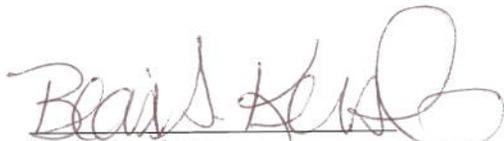


TRANSPERFECT

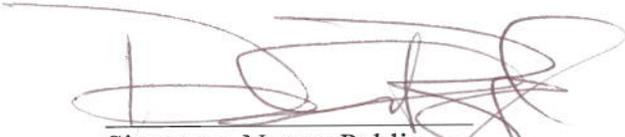
- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX
- PORTLAND
- RESEARCH TRIANGLE PARK
- SAN DIEGO
- SAN FRANCISCO
- SAN JOSE
- SEATTLE
- SINGAPORE
- STOCKHOLM
- SYDNEY
- TOKYO
- TORONTO
- VANCOUVER
- WASHINGTON, DC

City of New York, State of New York, County of New York

I, Blair Kershaw, hereby certify that the following is, to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of the document, *NERVQUEST SP*, from English to Spanish US.


 Blair Kershaw

Sworn before me this
November 11th, 2008


 Signature, Notary Public
 Pamela Doyle
 Notary Public, State of New York
 No. 06181278
 Qualified in NEW YORK County
 Commission Expires Jan 28, 2012

Stamp, Notary Public
State of New York

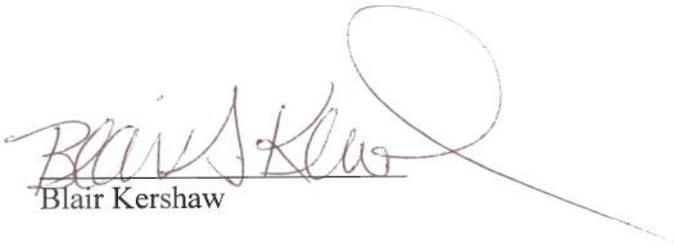


TRANSPERFECT

- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX
- PORTLAND
- RESEARCH TRIANGLE PARK
- SAN DIEGO
- SAN FRANCISCO
- SAN JOSE
- SEATTLE
- SINGAPORE
- STOCKHOLM
- SYDNEY
- TOKYO
- TORONTO
- VANCOUVER
- WASHINGTON, DC

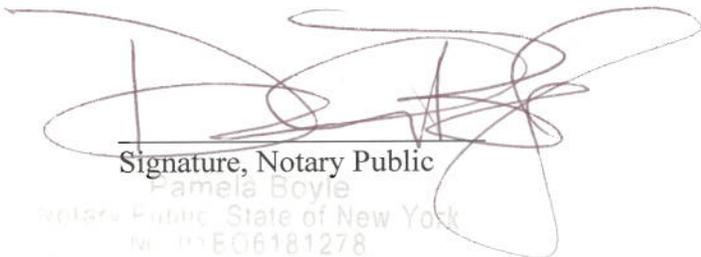
City of New York, State of New York, County of New York

I, Blair Kershaw, herby certify that the following is, to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of the document, *RESPQUEST SP*, from English to Spanish US.



 Blair Kershaw

Sworn before me this
November 11th, 2008



 Signature, Notary Public
 Pamela Boyle
 Notary Public, State of New York
 No. 01E06181278
 Qualified in NEW YORK County
 Commission Expires Jan 28, 2012

Stamp, Notary Public
State of New York

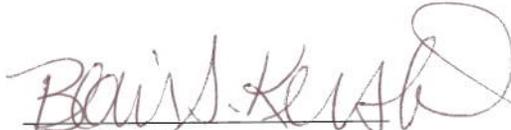


TRANSPERFECT

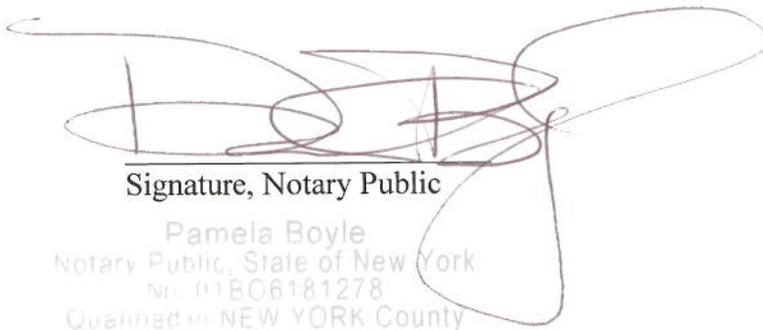
- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX
- PORTLAND
- RESEARCH TRIANGLE PARK
- SAN DIEGO
- SAN FRANCISCO
- SAN JOSE
- SEATTLE
- SINGAPORE
- STOCKHOLM
- SYDNEY
- TOKYO
- TORONTO
- VANCOUVER
- WASHINGTON, DC

City of New York, State of New York, County of New York

I, Blair Kershaw, herby certify that the following is, to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of the document, *SOCQUEST SP*, from English to Spanish US.


 Blair Kershaw

Sworn before me this
November 11th, 2008


 Signature, Notary Public
 Pamela Boyle
 Notary Public, State of New York
 No. 01B06181278
 Qualified in NEW YORK County
 Commission Expires Jan 28, 2010

Stamp, Notary Public
State of New York