

SERFF Tracking Number: FRCS-126489261 State: Arkansas  
Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 45124  
Company Tracking Number: 5276  
TOI: L02I Individual Life - Endowment Sub-TOI: L02I.000 Life - Endowment  
Product Name: Endowment - Spanish Version - Filing  
Project Name/Number: GERBER/165/165

## Filing at a Glance

Company: Gerber Life Insurance Company

Product Name: Endowment - Spanish Version - SERFF Tr Num: FRCS-126489261 State: Arkansas

Filing

TOI: L02I Individual Life - Endowment

SERFF Status: Closed-Approved-  
Closed State Tr Num: 45124

Sub-TOI: L02I.000 Life - Endowment

Co Tr Num: 5276

State Status: Approved-Closed

Filing Type: Form

Author: Exselsa Cartwright

Reviewer(s): Linda Bird

Date Submitted: 03/09/2010

Disposition Date: 03/10/2010

Disposition Status: Approved-  
Closed

Implementation Date Requested: On Approval

Implementation Date:

State Filing Description:

## General Information

Project Name: GERBER/165

Project Number: 165

Requested Filing Mode: Review & Approval

Explanation for Combination/Other:

Submission Type: New Submission

Overall Rate Impact:

Filing Status Changed: 03/10/2010

Status of Filing in Domicile:

Date Approved in Domicile:

Domicile Status Comments:

Market Type: Individual

Group Market Size:

Group Market Type:

Explanation for Other Group Market Type:

State Status Changed: 03/10/2010

Created By: Exselsa Cartwright

Corresponding Filing Tracking Number: FRCS-  
126331432 / DOI# 43810

Deemer Date:

Submitted By: Exselsa Cartwright

Filing Description:

We have been retained by Gerber Life Insurance Company to file the Spanish version of the previously approved forms for in your state.

Our fee of \$250 has been sent by EFT on this same date.

The Company offers their assurances that the information required by Section 23-79-138 and the Guaranty Association notice required by Regulation 49 will be provided.

SERFF Tracking Number:	FRCS-126489261	State:	Arkansas
Filing Company:	Gerber Life Insurance Company	State Tracking Number:	45124
Company Tracking Number:	5276		
TOI:	L021 Individual Life - Endowment	Sub-TOI:	L021.000 Life - Endowment
Product Name:	Endowment - Spanish Version - Filing		
Project Name/Number:	GERBER/165/165		

These forms are new and will not replace any previously approved forms on file.

These forms are the Spanish version of the forms approved on 10/21/2009 under SERFF Tracking Number FRCS-126331432 / DOI# 43810.

To the best of our knowledge, this filing is complete and intended to comply with the insurance laws of your jurisdiction.

If you have any questions or need additional information, please call toll-free 1-800-927-2730. Thank you for your assistance.

## Company and Contact

### Filing Contact Information

Exselsa Cartwright, Senior Compliance Specialist	exselsa.cartwright@firstconsulting.com
1020 Central Suite 201	800-927-2730 [Phone] 2757 [Ext]
Kansas City, MO 64105	816-391-2755 [FAX]

### Filing Company Information

(This filing was made by a third party - FC01)

Gerber Life Insurance Company	CoCode: 70939	State of Domicile: New York
1311 Mamaroneck Avenue	Group Code:	Company Type:
White Plains, NY 10605	Group Name:	State ID Number:
(914) 272-4025 ext. [Phone]	FEIN Number: 13-2611847	

-----

## Filing Fees

Fee Required?	Yes
Fee Amount:	\$250.00
Retaliatory?	No
Fee Explanation:	The fee in your state is \$50 per form. Therefore, \$50 X 5 forms = \$250.00. The fee for this filing is \$250.00.
Per Company:	No

SERFF Tracking Number: FRCS-126489261 State: Arkansas  
Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 45124  
Company Tracking Number: 5276  
TOI: L021 Individual Life - Endowment Sub-TOI: L021.000 Life - Endowment  
Product Name: Endowment - Spanish Version - Filing  
Project Name/Number: GERBER/165/165

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
Gerber Life Insurance Company	\$250.00	03/09/2010	34728049

SERFF Tracking Number: FRCS-126489261 State: Arkansas  
Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 45124  
Company Tracking Number: 5276  
TOI: L021 Individual Life - Endowment Sub-TOI: L021.000 Life - Endowment  
Product Name: Endowment - Spanish Version - Filing  
Project Name/Number: GERBER/165/165

## Correspondence Summary

### Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Linda Bird	03/10/2010	03/10/2010

*SERFF Tracking Number:* FRCS-126489261      *State:* Arkansas  
*Filing Company:* Gerber Life Insurance Company      *State Tracking Number:* 45124  
*Company Tracking Number:* 5276  
*TOI:* L021 Individual Life - Endowment      *Sub-TOI:* L021.000 Life - Endowment  
*Product Name:* Endowment - Spanish Version - Filing  
*Project Name/Number:* GERBER/165/165

## **Disposition**

Disposition Date: 03/10/2010

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number: FRCS-126489261 State: Arkansas  
 Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 45124  
 Company Tracking Number: 5276  
 TOI: L021 Individual Life - Endowment Sub-TOI: L021.000 Life - Endowment  
 Product Name: Endowment - Spanish Version - Filing  
 Project Name/Number: GERBER/165/165

Schedule	Schedule Item	Schedule Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification	No	No
Supporting Document	Application	Yes	Yes
Supporting Document	Life & Annuity - Acturial Memo	No	No
Supporting Document	Translator Certification	Yes	Yes
Form	Individual Endowment Insurance Policy	Yes	Yes
Form	Individual Endowment Additional Policy Rider	Yes	Yes
Form	Application for Individual Endowment Policy	Yes	Yes
Form	Supplement to Application for Individual Endowment Policy	Yes	Yes
Form	Application for Individual Endowment Policy under Additional Policy Rider	Yes	Yes

SERFF Tracking Number: FRCS-126489261 State: Arkansas  
 Filing Company: Gerber Life Insurance Company State Tracking Number: 45124  
 Company Tracking Number: 5276  
 TOI: L021 Individual Life - Endowment Sub-TOI: L021.000 Life - Endowment  
 Product Name: Endowment - Spanish Version - Filing  
 Project Name/Number: GERBER/165/165

## Form Schedule

### Lead Form Number: PIE-09-AR SP

Schedule Item Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
	PIE-09-AR SP	Policy/Cont	Individual ract/Fratern al Insurance Certificate	Initial		51.100	PIE-09-AR SP.pdf
	RIE-09-AP SP	Policy/Cont	Individual ract/Fratern al Additional Certificate: Rider Amendmen t, Insert Page, Endorseme nt or Rider	Initial		54.000	RIE-09-AP SP.pdf
	AIE-09-AR SP	Application/ Enrollment Form	Application for Individual Endowment Policy	Initial		50.400	AIE-09- AR(SP).pdf
	AIESUPP-09 SP	Application/ Enrollment Form	Supplement to Application for Individual Endowment Policy	Initial		51.000	AIESUPP-09 SP.pdf
	ARIE-09-AP-AR SP	Application/ Enrollment Form	Application for Individual Endowment Policy under Additional Policy Rider	Initial		56.700	ARIE-09-AP- AR(SP).pdf

**GERBER LIFE INSURANCE COMPANY**  
Una Compañía Pública  
Oficina Central  
[1311 Mamaroneck Ave, White Plains, New York 10605]  
Servicio al cliente [1-800-253-3074]

Gerber Life Insurance Company (“Nosotros”, “Nuestro(a)”, “Nos” o “la Compañía”) promete pagarle el Beneficio por Fallecimiento al Beneficiario, según las disposiciones de la Póliza. El Beneficio por Fallecimiento es pagadero una vez que Nuestra Oficina Administrativa recibe la evidencia aceptable para Nosotros del fallecimiento del Asegurado.

Prometemos pagarle las ganancias al momento del vencimiento, según las disposiciones de la póliza.

Esta Póliza se emite luego de considerarse la Solicitud y recibirse el pago de la(s) prima(s) como se describe en la Póliza. Esta Póliza es un Contrato legal entre el/la Titular (“Usted” o “Su”) y Gerber Life Insurance Company. **LEA SU PÓLIZA DETENIDAMENTE.**

Esta Póliza no entrará en vigencia hasta que haya sido aprobada y hayamos recibido la totalidad de la(s) prima(s) inicial(es) adeudada(s) mientras el asegurado propuesto esté vivo y todas las declaraciones y respuestas en todas las partes de la solicitud continúen reflejando la verdad y estando completas. Usted debe notificarnos cualquier cambio en las declaraciones y respuestas dadas por Usted en cualquier parte de la Solicitud, que ocurra antes de que la póliza haya sido aprobada y el pago haya sido recibido por Nosotros. Los horarios mencionados en la Póliza comienzan a las 12:01 a. m. (hora local de los EE. UU.) en la residencia del Asegurado.

**NOTIFICACIÓN DEL DERECHO A 30 DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA**

Si por alguna razón Usted no está satisfecho(a) con esta Póliza, Usted puede cancelarla hasta treinta (30) días después de haberla recibido. Puede cancelarla devolviendo la Póliza, con una solicitud de cancelación por escrito, al agente que se la vendió o a Nuestra Oficina Administrativa. Cuando Nosotros recibamos la Póliza y la solicitud de cancelación, la Póliza quedará invalidada desde el inicio. Le reembolsaremos todas las primas pagadas y será como si no se hubiese emitido una Póliza.

Firmado por la Compañía:

 [Wesley Prothman]

[Presidente y Director Ejecutivo]

 [Robert D. Lewis]

[Secretario]

**PÓLIZA DE SEGURO DOTAL INDIVIDUAL**  
**Ganancias pagaderas en la fecha de vencimiento**  
**Seguro pagadero al momento del fallecimiento**  
**Las primas son pagaderas en la fecha de vencimiento**  
**No participativa - No se aplican dividendos**

**Consulte las Especificaciones de la Póliza para obtener información sobre el monto del seguro y de las primas**

## ÍNDICE

	Página		Página
ÍNDICE	2	BASE DE CÓMPUTOS	9
ESPECIFICACIONES DE LA PÓLIZA	3	Rescate en Efectivo, Seguro Dotal Pagado Reducido	9
DEFINICIONES	5	PRÉSTAMOS	10
PAGO DE LAS GANANCIAS	6	Préstamos de la póliza	10
Ganancias	6	Pago del préstamo	10
Pago del Beneficio por Fallecimiento	6	Endeudamiento	10
Beneficio por Fallecimiento	6	REHABILITACIÓN	11
Ganancias pagaderas al momento del rescate	6	DISPOSICIONES GENERALES	11
Ganancias pagaderas en la fecha de vencimiento	6	Contrato y manifestaciones	11
Ganancias de las cláusulas adicionales	6	Cambios	11
TITULARIDAD Y BENEFICIARIO	6	Impugnabilidad	11
Titular	6	Suicidio	12
Derechos del titular	7	Tergiversación en cuanto a la edad o el sexo	12
Transferencia de titularidad	7	Rescisión	12
Beneficiario	7	No participativa	12
Catástrofe común	7	Reclamaciones de los acreedores	12
Cambio de beneficiario	7		
Cesión	7		
Cesión de garantía	8		
PRIMAS	8		
Primas	8		
Cuándo vencen las primas	8		
Período de Gracia	8		
Incumplimiento del pago de las primas	8		
PRÉSTAMO AUTOMÁTICO DE LA PRIMA	8		
OPCIONES DE NO PÉRDIDA	9		
Rescate en efectivo	9		
Seguro Dotal Pagado Reducido	9		
Opción Automática de No Pérdida	9		

Si existen beneficios y cláusulas adicionales, están adjuntos a la Póliza, al igual que una copia de la Solicitud.

## ESPECIFICACIONES DE LA PÓLIZA

<b>ASEGURADO</b>	[JUAN PÉREZ]	<b>NÚMERO DE PÓLIZA</b>	[ESPÉCIMEN]
<b>MONTO NOMINAL</b> Seguro Dotal Individual	[\$10,000]	<b>SEXO</b>	[MASCULINO]
<b>CLASIFICACIÓN TARIFARIA</b>	[ESTÁNDAR]	<b>EDAD</b>	[35]
<b>FECHA DE VENCIMIENTO</b>	[1 de enero de 2029]	<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	[1 de enero de 2009]
<b>TITULAR</b>	[JUAN PÉREZ]	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	[1 de enero de 2009]
<b>BENEFICIARIO</b>	REFIÉRASE A LA SOLICITUD – A MENOS QUE HAYA CAMBIADO POSTERIORMENTE		

<b>FORMULA BENEFICIO RIO NÚM.</b>	<b>AÑOS PAGADEROS</b>	<b>PRIMA ANUAL</b>
PIE-09-AR SP Monto Nominal Pagadero al Momento del Fallecimiento	[20]	[\$399.40]
RIE-09-AP SP Cláusula Adicional de la Póliza		ninguno

**Modo seleccionado de la prima: [anual]**  
**Fecha de Vencimiento de la prima: [01/01]**

**Modos disponibles de la prima: Anual Semestral Trimestral Mensual y PAC Mensual tarjeta de crédito**

**Hasta los [55] años de edad**    [\$ 399.40]    [\$ 206.96]    [\$ 105.30]    [\$ 36.31]    [\$ 33.28]

No se aplican otros cargos a la Póliza.

**Jurisdicción de emisión**            Arkansas

**BASE DE CÁLCULOS:** LOS VALORES EN EFECTIVO Y LOS VALORES DEL SEGURO DOTAL PAGADO REDUCIDO SE BASAN EN LA TABLA ORDINARIA ESTÁNDAR DEL COMISIONADO DE 2001, LA CONDICIÓN DE HOMBRE/MUJER, SI CONSUME ALGÚN TIPO DE TABACO Y LA EDAD DEL ÚLTIMO CUMPLEAÑOS, AL 5% DE INTERÉS.

**ESPECIFICACIONES DE LA PÓLIZA**  
(Continuación)

**TABLA DE VALORES GARANTIZADOS DE LA PÓLIZA**

LOS VALORES QUE FIGURAN ABAJO SON LOS VALORES GARANTIZADOS PROVISTOS POR LA PÓLIZA. ESTOS VALORES SUPONEN QUE LA PRIMA TOTAL ANUAL QUE FIGURA EN LAS ESPECIFICACIONES DE LA PÓLIZA SE PAGA CADA AÑO. LOS VALORES NO SUPONEN NINGÚN AJUSTE POR ENDEUDAMIENTO GARANTIZADO POR ESTA PÓLIZA.

<b>FIN DEL AÑO DE LA PÓLIZA</b>	<b>VALOR EN EFECTIVO O DEL PRÉSTAMO</b>	<b>SEGURO DOTAL PAGADO REDUCIDO</b>
[1	0.00	0.00
2	175.40	413.00
3	524.70	1,178.90
4	891.10	1,910.10
5	1,275.50	2,608.20
6	1,678.70	3,274.60
7	2,101.60	3,910.60
8	2,545.20	4,517.50
9	3,010.30	5,096.70
10	3,498.20	5,649.40
11	4,010.30	6,177.20
12	4,548.00	6,681.40
13	5,113.30	7,163.40
14	5,708.00	7,624.50
15	6,333.80	8,065.60
16	6,992.50	8,487.40
17	7,686.00	8,890.90
18	8,416.60	9,276.90
19	9,186.90	9,646.30
20	10,000.00	10,000.00

Factor de no pérdida 336.90

LOS VALORES EN EFECTIVO Y LOS VALORES DEL SEGURO DOTAL PAGADO REDUCIDO SE BASAN EN LA TABLA ORDINARIA ESTÁNDAR DEL COMISIONADO DE 2001, LA CONDICIÓN DE HOMBRE/MUJER, SI CONSUME ALGÚN TIPO DE TABACO Y LA EDAD DEL ÚLTIMO CUMPLEAÑOS, AL 5% DE INTERÉS.

## DEFINICIONES

**ASEGURADO:** La persona cuya vida está asegurada bajo la Póliza y figura como tal en la página de Especificaciones de la Póliza.

**BENEFICIARIO:** La(s) persona(s) nombrada(s) para recibir los Beneficios por Fallecimiento de esta Póliza de acuerdo con sus términos.

**BENEFICIO POR FALLECIMIENTO:** El Beneficio por Fallecimiento, como se menciona en la disposición de Pago por Beneficio de Fallecimiento, es el monto pagadero cuando fallece el Asegurado.

**EDAD:** La edad del Asegurado en su último cumpleaños.

**ENDEUDAMIENTO:** Todos los préstamos o gravámenes existentes sobre esta Póliza, más los intereses acumulados no pagados.

**FECHA DE EMISIÓN:** La fecha en la cual la Póliza es emitida por la Compañía.

**FECHA DE LA PÓLIZA:** La fecha de entrada en vigencia de la cobertura en virtud de esta Póliza, si se cumplen todos los términos de la Solicitud y Póliza, incluido el pago de todas las primas vencidas. Esta es la fecha a partir de la cual los aniversarios de la Póliza, años de la Póliza, meses de la Póliza y fechas de vencimiento de la prima son determinados. Esta fecha figura en la página de Especificaciones de la Póliza.

**FECHA DE VENCIMIENTO:** La fecha que figura en la página de Especificaciones de la Póliza. Si el Asegurado está vivo en la Fecha de Vencimiento, pagaremos las ganancias como está previsto en la Póliza.

**MONTO NOMINAL:** El monto especificado en la página de Especificaciones de la Póliza.

**OFICINA ADMINISTRATIVA:** La oficina de la Compañía situada en [445 State Street, Fremont, MI 49412].

**OFICINA CENTRAL:** La oficina de Gerber Life Insurance Company en la dirección que figura en la primera página.

**PERÍODO DE GRACIA:** La cantidad de tiempo de la cual dispone el Titular para pagar las primas vencidas, como se define en la disposición de Período de Gracia.

**PRIMA:** Prima es el monto que se Nos debe y es pagadero en Nuestra Oficina Administrativa, por la cantidad que figura en la página de Especificaciones de la Póliza.

**SOLICITUD** – La Solicitud para esta Póliza, incluso todos los cuestionarios firmados y las modificaciones agregadas que forman parte de la Póliza.

**TITULAR:** El Titular de la Póliza es la persona nombrada en la página de Especificaciones de la Póliza.

**VALOR EN EFECTIVO:** El Valor en Efectivo que figura en la tabla de Valores Garantizados de la Póliza en la página de Especificaciones de la Póliza.

Los Valores en Efectivo mostrados suponen que todas las primas han sido pagadas. Los valores no suponen ajustes por Endeudamiento garantizado por esta Póliza.

**VALOR NETO EN EFECTIVO:** El Valor Neto en Efectivo es el Valor en Efectivo menos cualquier Endeudamiento y prima vencida no pagada.

## **PAGO DE LAS GANANCIAS**

### **Ganancias**

Las ganancias son el monto pagadero al momento de:

1. el fallecimiento del Asegurado, o
2. el rescate de la Póliza, o
3. la Fecha de Vencimiento.

### **Pago del Beneficio por Fallecimiento**

El Beneficio por Fallecimiento de esta Póliza será pagado, de acuerdo con sus términos, cuando Nuestra Oficina Administrativa reciba la evidencia, aceptable para Nosotros, del fallecimiento del Asegurado. Se acumularán intereses sobre el Beneficio por Fallecimiento a partir de la fecha de fallecimiento hasta la fecha en la que se realice el pago a una tasa igual a la tasa por las ganancias dejadas en depósito ante Nosotros. Se pagarán intereses adicionales, a una tasa del 10%, si el beneficio por fallecimiento no se paga en un plazo de 31 días desde la fecha que ocurra en última instancia entre el momento en que: (1) recibamos Prueba Satisfactoria del Fallecimiento del Asegurado; (2) recibamos suficiente información para determinar el alcance de la responsabilidad y el destinatario del pago; y (3) se eliminen los impedimentos legales para el pago de las ganancias que dependían de terceros y no de Nosotros. Es posible que solicitemos que la Póliza nos sea devuelta antes de efectuar cualquier pago, el cual será un pago único. La Compañía se reserva el derecho de hacer una investigación antes de pagar los beneficios. Si no se ha pagado el Beneficio por Fallecimiento en el término de 30 días después de haberse recibido la debida prueba de fallecimiento, se agregarán a este monto intereses del 8% anual.

### **Beneficio por Fallecimiento**

El Beneficio por Fallecimiento pagadero en el momento del fallecimiento del Asegurado es:

1. el Monto Nominal; más
2. toda prima pagada después del mes de la Póliza durante el cual fallece el Asegurado; menos
3. el monto de las primas adeudadas hasta el final del mes de la Póliza en el cual fallece el Asegurado; menos
4. cualquier Endeudamiento bajo los términos de esta Póliza.

### **Ganancias pagaderas al momento del rescate**

Usted puede, con una solicitud por escrito, rescatar la presente Póliza en cualquier momento. Si se rescata la Póliza, la ganancia pagadera será el Valor Neto en Efectivo determinado al inicio del Período de Gracia, si corresponde, como se indica en la disposición de Opciones de No Pérdida. Si la Opción de No Pérdida de Seguro Dotal Pagado Reducido está en vigencia, el Valor Neto en Efectivo se determinará a partir de la fecha en que se reciba la solicitud de rescate. El pago rescindirá esta Póliza.

### **Ganancias pagaderas en la fecha de vencimiento**

Si el Asegurado está vivo en la Fecha de Vencimiento, Nosotros pagaremos el Valor Neto en Efectivo al Titular. El pago rescindirá esta Póliza. Es posible que solicitemos que la Póliza Nos sea devuelta antes de efectuar cualquier pago.

### **Ganancias de las cláusulas adicionales**

Las ganancias pagaderas bajo cualquier cláusula adicional adjuntada a la Póliza serán determinadas de acuerdo con los términos de la Cláusula adicional, sujeto a las disposiciones aplicables de esta Póliza.

## **TITULARIDAD Y BENEFICIARIO**

### **Titular**

El Titular es la persona nombrada en la página de Especificaciones de la Póliza o en cualquier cambio posterior que aparezca en nuestros registros. Si un Titular no es nombrado en la página de Especificaciones de la Póliza, el Asegurado es el Titular. En caso de que se nombre a más de un Titular, toda selección u otra medida que pueda ser tomada por el Titular conforme a los términos de la Póliza requiere una acción conjunta de todas estas personas.

### **Derechos del Titular**

Mientras el Asegurado esté vivo, Usted puede ejercer todos los derechos permitidos en esta Póliza. Estos derechos incluyen, pero no se limitan a:

1. cambiar el beneficiario;
2. transferir la titularidad o ceder esta Póliza;
3. recibir beneficios; y
4. rehabilitar esta Póliza.

### **Transferencia de titularidad**

Si Usted transfiere la titularidad de esta Póliza, Sus derechos de titularidad quedarán rescindidos y el nuevo Titular tendrá todos los derechos disponibles bajo esta Póliza. Para transferir la titularidad, Nosotros debemos recibir una solicitud por escrito de Usted, de una manera aceptable para Nosotros, mientras el Asegurado esté vivo. También se requiere el consentimiento por escrito, de una manera aceptable para Nosotros, de cualquier beneficiario irrevocable. Una vez que recibamos su solicitud por escrito en Nuestra Oficina Administrativa, esta entrará en vigencia a partir de la fecha en que Usted firmó la solicitud. Una transferencia de titularidad no se aplicará a ninguna medida, incluso pagos, tomada por Nosotros antes de que la transferencia haya sido recibida por Nosotros.

### **Beneficiario**

El/los Beneficiario(s) Principal(es) y cualquier Beneficiario contingente está(n) nombrado(s) en la Solicitud o en la última designación de beneficiario que se haya radicado ante Nosotros. Si no se nombra a un Beneficiario en la Solicitud, Usted será el Beneficiario. Si se nombra a más de un Beneficiario Principal, los beneficios por fallecimiento se pagarán por partes iguales a los beneficiarios principales que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Titular haya dispuesto lo contrario en la Solicitud o designación más reciente. Si ningún Beneficiario Principal está vivo cuando el Asegurado fallece, los beneficios por fallecimiento se pagarán por partes iguales a los beneficiarios contingentes que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Titular haya dispuesto lo contrario en la Solicitud o designación más reciente. Si ningún Beneficiario está vivo cuando el Asegurado fallece, los beneficios por fallecimiento se pagarán a la sucesión del Asegurado.

### **Catástrofe común**

Si cualquier beneficiario fallece con el Asegurado en una catástrofe común, las ganancias serán pagaderas como si el Beneficiario hubiese fallecido antes del Asegurado, a menos que se compruebe, a Nuestra aceptación, que el Asegurado falleció antes.

### **Cambio de beneficiario**

Para cambiar el beneficiario debemos recibir una solicitud por escrito de Usted, de una manera aceptable para Nosotros, mientras el Asegurado esté vivo. También se requiere el consentimiento por escrito, de una manera aceptable para Nosotros, de cualquier beneficiario irrevocable. Una vez que recibamos su solicitud por escrito en Nuestra Oficina Administrativa, esta entrará en vigencia a partir de la fecha en que Usted firmó la solicitud. Un cambio de beneficiario no se aplicará a ninguna medida, incluso pagos, tomada por Nosotros antes de que el cambio haya sido recibido por Nosotros.

### **Cesión**

Está póliza puede cederse. No reconoceremos ninguna cesión, a menos que se nos envíe una copia. Nosotros no somos responsables por la validez de ninguna cesión. Cualquier reclamación presentada por un cesionario estará sujeta a la prueba de validez y al alcance del derecho que el cesionario tiene en la Póliza. Las cesiones, a menos que Usted indique lo contrario, entrarán en

vigencia en la fecha en que Usted firmó la cesión, dependiendo de los pagos hechos o las medidas tomadas por Nosotros antes de recibir esta notificación.

### **Cesión de garantía**

Para ceder esta Póliza como garantía, nosotros debemos recibir una solicitud de Usted por escrito, de una manera aceptable para Nosotros, mientras el Asegurado esté vivo. También se requiere el consentimiento por escrito, de una manera aceptable para Nosotros, de cualquier beneficiario irrevocable. Su solicitud por escrito no entrará en vigencia hasta que se reciba en Nuestra Oficina Administrativa. Una vez que sea recibida, esta entrará en vigencia a partir de la fecha en que Usted firmó la solicitud. Sus derechos y los del Beneficiario estarán entonces sujetos a la cesión. Nosotros no somos responsables por la validez de la cesión.

## **PRIMAS**

### **Primas**

Las primas son pagaderas por el monto y en el modo que figuran en la página de Especificaciones de la Póliza. Usted puede cambiar el modo del pago de la prima si Nosotros lo aprobamos. Si de acuerdo con una Cláusula adicional, una parte de la prima deja de ser pagadera, la prima se reducirá en consecuencia. Si las primas son pagadas más frecuentemente que de forma anual, su suma total será mayor que la prima anual por el mismo período.

### **Cuándo vencen las primas**

La primera prima vence en la Fecha de la Póliza. Las primas son pagaderas en Nuestra Oficina Administrativa. Cada prima posterior, después de la primera prima, vence el primer día posterior al período cubierto por la prima anterior.

Para que este contrato siga vigente, todas las primas deben ser pagadas en la fecha correspondiente, o antes del fin del período de 31 días posterior a la Fecha de Vencimiento de una prima no pagada, como se describe en la disposición de Período de Gracia.

### **Período de Gracia**

Se permitirá un Período de Gracia de 31 días para pagar una prima después de su Fecha de Vencimiento. El Período de Gracia comenzará en la Fecha de Vencimiento de la prima. El Período de Gracia no se aplica a la primera prima. Su Póliza seguirá vigente durante el Período de Gracia.

Si el Asegurado fallece durante el Período de Gracia, Nosotros deduciremos de las ganancias de la Póliza las primas anteriores adeudadas desde la Fecha de Vencimiento hasta el último día del mes de la Póliza en el cual fallece el Asegurado.

### **Incumplimiento del pago de las primas**

Si alguna prima no es pagada en su Fecha de Vencimiento y si dicha prima no es pagada dentro del Período de Gracia, esta prima estará en mora. Si esta Póliza tiene un Valor Neto en Efectivo, se aplicará la disposición de Opciones de No Pérdida.

## **PRÉSTAMO AUTOMÁTICO DE LA PRIMA**

Si Usted así lo elige, Nosotros haremos un préstamo automáticamente para cubrir una prima no pagada al último día del período de gracia de 31 días. El préstamo se otorgará a partir de la fecha de vencimiento de la prima.

Nosotros no haremos un préstamo automático de la prima que haga que la deuda de la póliza sobrepase el Valor Neto en Efectivo en la siguiente Fecha de Vencimiento de la prima. Si no hay

suficiente Valor Neto en Efectivo para hacer un préstamo a través de un Préstamo Automático de Prima, para pagar la siguiente prima modal, se aplicarán las Opciones de No Pérdida.

Usted puede optar por rescindir esta disposición de préstamo automático de la prima en cualquier momento. La cancelación se aplicará a las primas vencidas después de la fecha en que Nosotros recibimos la notificación de cancelación por escrito en Nuestra Oficina Administrativa.

## **OPCIONES DE NO PÉRDIDA**

Antes del aniversario de la póliza, si las primas ya no se están pagando, Usted puede solicitar una de las siguientes opciones:

Debemos recibir su solicitud por escrito en nuestra Oficina Administrativa antes de que finalicen los sesenta (60) días posteriores a la fecha de vencimiento de la prima en mora.

Los Valores Garantizados de la Póliza para las Opciones descritas a continuación aparecen en la Tabla de Valores Garantizados de la Póliza, en la página de Especificaciones de la Póliza.

### **Rescate en efectivo**

El rescate consiste en Nuestro pago a Usted del Valor Neto en Efectivo. El Valor Neto en Efectivo será el monto determinado al inicio del Período de Gracia, si lo hubiera. Con el pago de esta Opción, se rescindirá esta Póliza.

Si se rescata la Póliza durante los treinta y un (31) días después del aniversario de la Póliza, el Valor Neto en Efectivo será el Valor en Efectivo en ese aniversario, menos cualquier Endeudamiento contraído en o después de dicho aniversario y cualquier prima no pagada. Al momento del rescate de la Póliza dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha de vencimiento de cualquier pago de prima en mora después de que las primas hayan sido pagadas durante por lo menos tres (3) años completos, Nosotros pagaremos el Valor en Efectivo en lugar de cualquier beneficio de No Pérdida pagado.

Si se terminara de pagar la Póliza al terminar de pagar todas las primas o si esta continuara bajo un beneficio de No Pérdida pagado que entró en vigencia en el tercer aniversario de la Póliza o después de dicha fecha, Nosotros pagaremos el Valor en Efectivo al momento del rescate de la Póliza en un plazo de treinta (30) días después de cualquier aniversario de la Póliza.

Es posible que aplacemos el pago del Valor Neto en Efectivo por un máximo de seis (6) meses después de que la solicitud de rescate por escrito haya sido recibida.

**Seguro Dotal Pagado Reducido:** Si se elige esta opción, esta Póliza continuará como Seguro Dotal Pagado. El Valor Neto en Efectivo será el monto determinado al inicio del Período de Gracia. El monto del Seguro Dotal Pagado adquirido será el monto que el Valor Neto en Efectivo adquirirá según la edad cumplida del Asegurado y su sexo, al inicio del Período de Gracia.

### **Opción Automática de No Pérdida**

El Seguro Dotal Pagado Reducido es la opción automática de No Pérdida, a menos que el Asegurado haya elegido otra opción a más tardar sesenta (60) días después de la fecha de vencimiento de la prima en mora.

## **BASE DE CÁLCULOS**

### **Rescate en Efectivo y Seguro Dotal Pagado Reducido**

Los valores se basan en la tabla de mortalidad y en la tasa de interés que figura en la Tabla de Valores Garantizados de la Póliza en las páginas de Especificaciones de la Póliza, que indica los valores en efectivo, si los hubiera, y los beneficios de No Pérdida pagados, si los hubiera, que estén disponibles según la Póliza durante la vigencia de la Póliza. Dichos valores se calculan suponiendo que la Póliza no tiene Endeudamiento.

Los valores de no pérdida para esta Póliza son iguales o mayores que los requeridos por la ley. Los valores de no pérdida se calculan de acuerdo con el modelo 808 de la Ley de No Pérdida Estándar para Seguros de Vida de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (National Association of Insurance Commissioners, NAIC). Se ha presentado una declaración detallada del método para calcular los valores ante el estado en el cual se entrega esta Póliza.

Cualquier Valor Neto de Rescate y beneficio de No Pérdida pagado disponible en virtud de la Póliza en caso de mora en el pago de la prima adeudada en cualquier momento distinto del aniversario de la Póliza se calculará teniendo en cuenta el tiempo transcurrido y el pago de las primas fraccionadas desde el último aniversario de la Póliza.

## **PRÉSTAMOS**

### **Préstamos de la póliza**

Usted puede obtener un préstamo mientras la Póliza esté vigente. La Póliza es la garantía para el préstamo.

Sin embargo, si esta Póliza está vigente bajo la Opción de No Pérdida de Seguro Pagado Reducido, es posible que Usted no obtenga un préstamo.

El préstamo no puede sobrepasar el Valor Neto en Efectivo al siguiente aniversario de la Póliza. El monto mínimo que puede pedir prestado es de \$100, si dicho monto está disponible para préstamo. Si usted elige que Gerber Life realice préstamos automáticos de la prima, el monto mínimo puede ser menor de \$100.

El interés del préstamo es pagadero por período vencido a una tasa de interés fija del 8.0% anual durante toda la duración de la Póliza. El año comenzará en la fecha en que se otorga el préstamo y terminará 365 días después.

El interés de un préstamo se acumulará a partir de la fecha en que se hace cada préstamo. El interés es pagadero cada año de la Póliza.

Es posible que demoremos un préstamo, a menos que sea para pagar primas, por un máximo de seis (6) meses después de que se haya recibido la solicitud de préstamo.

### **Pago del préstamo**

Un préstamo puede pagarse en cualquier momento mientras la Póliza esté vigente. Un préstamo existente al final del Período de Gracia no puede ser pagado, a menos que se rehabilite la Póliza. Los intereses no pagados respecto de algún Endeudamiento serán agregados al préstamo existente y devengarán intereses de no más del 8.0% anual

### **Endeudamiento**

Endeudamiento significa todos los préstamos o gravámenes existentes sobre esta Póliza, más los intereses acumulados no pagados. El Endeudamiento existente, incluidos los intereses adeudados y acumulados y las primas no pagadas al final del año de la póliza actual, se deducirá del valor del préstamo o de las ganancias del préstamo. Cualquier Endeudamiento que no se haya pagado se deducirá de cualquier Beneficio por Fallecimiento que se pague.

Si en cualquier momento el endeudamiento total es igual o mayor al Valor en Efectivo, esta Póliza quedará rescindida sin valor alguno. La Rescisión ocurrirá treinta (30) días después de que se le haya enviado Nuestra notificación por correo a Su dirección y a la dirección de cualquier cesionario registrado.

## **REHABILITACIÓN**

Si las primas ya no se están pagando y la póliza no ha sido rescatada por dinero en efectivo o anulada, el Titular puede rehabilitarla dentro de los tres años posteriores a la fecha de vencimiento de la primera prima no pagada, si se cumplen los siguientes requisitos:

1. recibo de una solicitud de rehabilitación, por escrito en un formulario provisto por Nosotros, después de haber recibido su solicitud por escrito en Nuestra Oficina Administrativa, mientras el Asegurado esté vivo;
2. la aprobación de la evidencia de asegurabilidad aceptable para Nosotros;
3. el pago de todas las primas vencidas con un interés del 6% acumulado anualmente. Interés acumulado significa que cada año el interés se añade al monto adeudado y comienza a devengar intereses;
4. el pago o la rehabilitación de todo Endeudamiento existente más el 8% de interés compuesto anualmente.

La disposición por suicidio no comienza de nuevo después de la rehabilitación. Nosotros podemos impugnar una Póliza rehabilitada hasta que haya estado vigente mientras el Asegurado esté vivo, por un período de dos años, a partir de la fecha de rehabilitación. Después, la Póliza rehabilitada no es impugnada. Nosotros podremos impugnar la Póliza rehabilitada únicamente con respecto a las manifestaciones hechas en la solicitud de rehabilitación.

## **DISPOSICIONES GENERALES**

### **Contrato y manifestaciones**

Esta Póliza es un contrato legal. Es entre Usted y Nosotros. Consta de:

1. la Póliza, los avales, las cláusulas adicionales y los anexos, si los hubiera; y
2. toda Solicitud adjuntada a la Póliza.

Esta Póliza constituye la totalidad del contrato entre Usted y Nosotros.

En ausencia de fraude, las declaraciones en cualquier Solicitud se considerarán manifestaciones, no garantías. A menos que sea una parte de la Póliza, ninguna declaración hecha por Usted o el Asegurado:

1. reducirá los beneficios, o
2. se utilizará como defensa ante una reclamación.

### **Cambios**

Los términos de la Póliza pueden ser alterados únicamente por un acuerdo firmado por Nuestro Presidente o algún Vicepresidente. Esta autoridad no puede ser delegada.

### **Impugnabilidad**

Excepto después de una rehabilitación, nosotros no podemos impugnar la presente Póliza ni ninguna de las cláusulas adicionales adjuntadas a ella, después de que haya estado vigente mientras el Asegurado esté vivo, por un período de dos años a partir de la Fecha de Emisión, excepto por incumplimiento en el pago de las primas o por fraude. Cualquier cláusula adicional agregada con posterioridad a la Fecha de Emisión no podrá impugnarse, después de haber

estado en vigencia durante la vida del Asegurado por 2 años con posterioridad a la fecha de entrada en vigencia de dicha cláusula adicional, salvo que exista fraude. Nosotros podemos refutar esta Póliza o cualquier cláusula adicional, sobre la base de cualquier tergiversación sustancial en la Solicitud, solicitud suplementaria, solicitud de rehabilitación u otro documento firmado por Usted que forme parte de la Póliza.

**Suicidio**

Si el Asegurado fallece por suicidio durante los dos años a partir de la Fecha de Emisión, el único monto pagadero por Nosotros será la prima pagada por la Póliza.

**Tergiversación en cuanto a la edad o el sexo**

Si la Edad o el Sexo del Asegurado han sido tergiversados en la Solicitud, el Monto Nominal será el que se habría pagado con la prima pagada correspondiente a la Edad o el Sexo correctos.

**Rescisión**

Esta Póliza quedará rescindida en la fecha más próxima de las siguientes:

1. la fecha en que Nosotros recibimos del Titular una solicitud por escrito para rescindir la Póliza;
2. la fecha en que fallece el Asegurado;
3. la Fecha de Vencimiento, o
4. sujeto a la Disposición de No Pérdida, al final del Período de Gracia, si una prima vencida aún no ha sido pagada;
5. la fecha en que se rescata la Póliza.

**No participativa**

La presente Póliza no tiene una participación en Nuestras ganancias.

**Reclamaciones de los acreedores**

Todos los pagos bajo esta Póliza están exentos de reclamaciones de los acreedores en la medida máxima permitida por la ley. Los pagos no se pueden ceder sin Nuestro consentimiento.

**PÓLIZA DE SEGURO DOTAL INDIVIDUAL**  
**Ganancias pagaderas en la fecha de vencimiento**  
**Seguro pagadero al momento del fallecimiento**  
**Las primas son pagaderas en la fecha de vencimiento**  
**No participativa - No se aplican dividendos**  
**Consulte las Especificaciones de la Póliza para obtener información sobre el monto del**  
**seguro y de las primas**

**GERBER LIFE INSURANCE COMPANY**

Una Compañía Pública  
Oficina Central  
[1311 Mamaroneck Ave, White Plains, New York 10605]  
Servicio al cliente [1-800-253-3074]

# GERBER LIFE INSURANCE COMPANY

[1311 Mamaroneck Avenue  
White Plains, New York]

## CLÁUSULA ADICIONAL DE LA PÓLIZA ADICIONAL DEL SEGURO DOTAL INDIVIDUAL

**Gerber Life Insurance Company** ha emitido esta Cláusula Adicional como parte de la Póliza a la cual se adjunta, siempre y cuando la Cláusula Adicional figure en la página de Especificaciones de la Póliza.

El Titular podrá adquirir un póliza de seguro dotal adicional para el Asegurado en cada Fecha de Opción. La edad en la cual se basará la prima de cada póliza nueva es la edad del Asegurado en la fecha de emisión de la Póliza a la cual se adjunta esta Cláusula Adicional.

La Compañía exigirá evidencia de asegurabilidad por cada adquisición de póliza de seguro dotal adicional.

La Póliza debe estar en vigencia en base al pago de las primas. El Titular debe ser el mismo Titular que al momento de la emisión de la Póliza.

Esta Cláusula Adicional no tiene valor en efectivo. Todos los términos de la Póliza que no sean contradictorios a esta Cláusula Adicional se aplican a esta Cláusula Adicional.

### FECHAS DE OPCIÓN

Las fechas de opción son los aniversarios número uno, dos, tres y cuatro de la Póliza.

### SELECCIÓN DE LA OPCIÓN

La Compañía debe recibir su solicitud para la adquisición, junto con la prima adicional exigida, en el término de 45 días antes o después de la Fecha de Opción.

### MONTO DE LA OPCIÓN Y FECHA DE VENCIMIENTO

El Monto Nominal de cada póliza de seguro dotal adicional no podrá ser superior al Monto Nominal de la Póliza a la cual se adjunta esta Cláusula Adicional. El Monto Nominal máximo que puede adquirirse en todas las Fechas de Opción es de \$[300,000].

La duración de cada póliza de seguro dotal adicional debe ser igual a la duración de la Póliza a la cual se adjunta esta Cláusula Adicional.

### FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL NUEVO SEGURO

La nueva póliza adquirida bajo esta cláusula adicional no entrará en vigencia hasta que haya sido aprobada y la totalidad de la(s) prima(s) inicial(es) adeudada(s) haya sido aceptada por Nosotros mientras el asegurado propuesto esté vivo y mientras todas las declaraciones y respuestas de todas las partes de la solicitud continúen reflejando la verdad y estén completas. La fecha de entrada en vigencia será la fecha en que se hayan completado, a satisfacción de Gerber Life, todas las condiciones indicadas en esta sección.

### FINALIZACIÓN

Esta Cláusula Adicional se dará por terminada en la fecha más próxima de las siguientes:

1. 45 días después de la última Fecha de Opción,
2. la fecha en que dé por terminada la Póliza por cualquier motivo, o
3. 45 días después de la segunda Fecha de Opción consecutiva en la que no se compre ninguna póliza de seguro dotal adicional bajo esta Cláusula Adicional.

**CONSIDERACIÓN**

Este beneficio se emite en consideración a la solicitud, copia de la cual se adjunta a la Póliza. No se aplica ninguna prima por esta Cláusula Adicional.

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA**

La fecha de entrada en vigencia de esta Cláusula Adicional será la Fecha de la Póliza, a menos que se indique una fecha posterior a continuación.

Fecha de Entrada en Vigencia



Presidente y Director Ejecutivo

**Solicitud de Póliza de Seguro Dotal Individual Gerber Life Insurance Company [1311 Mamaroneck Avenue, White Plains, NY 10605]**

**Seleccione el monto:** [  \$10,000  \$25,000  \$50,000  \$100,000  \$150,000 ]  
**Seleccione el vencimiento:** [  10 años  15 años  18 años  Otro \_\_\_\_\_ (ingrese un número entre 10-20) ]

**¡NO ENVÍE DINERO AHORA!**

**ASEGURADO**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)  
 Dirección \_\_\_\_\_ Apt. n.º \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono preferido ( ) \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ lb \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Marque el recuadro si el titular es distinto del asegurado. Si es diferente, incluya el nombre completo \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

**BENEFICIARIO:** Ingrese el nombre de la persona que recibirá los beneficios si usted fallece antes del vencimiento:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

- ▶ 1) En los últimos 5 años, ¿ha sido hospitalizado o ha consultado o ha sido examinado o tratado por un médico o un centro de salud? *(No es necesario que incluya resfriados, virus o lesiones menores que impidieron el desarrollo de sus actividades normales por un período menor a 5 días, o un embarazo o parto normal.)* .....  Sí  No
- ▶ 2) En los últimos 5 años, ¿le ha aconsejado un integrante de la profesión médica que reduzca el consumo de alcohol o que busque tratamiento para el consumo de alcohol o drogas, o ha utilizado alguna sustancia controlada de un modo diferente de como se la recetó un médico? .....  Sí  No
- ▶ 3) ¿Ha sido condenado o se ha declarado culpable por la comisión de un delito grave o de un delito menor, o existe un cargo pendiente en su contra? .....  Sí  No
- ▶ 4) En los últimos 10 años, ¿ha sido tratado o ha recibido diagnóstico por parte de un integrante de la profesión médica por los siguientes motivos: enfermedades o trastornos cardíacos; cáncer o tumores; diabetes; abuso de drogas o alcohol; presión arterial alta o accidente cerebrovascular; trastornos mentales o nerviosos, o cualquier trastorno sanguíneo, renal, hepático, pulmonar, estomacal, intestinal o del sistema nervioso central; neumonía o inflamación de los ganglios linfáticos; SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o una infección por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana)? .....  Sí  No

**Proporcione detalles exhaustivos si respondió "Sí" a alguna de las preguntas anteriores y haga una lista de cada afección. (Adjunte una hoja por separado si es necesario y fírmela).**

Naturaleza de la afección	Cuándo comenzó la afección	¿Continúa teniendo la afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

▶ 5) ¿Tiene algún contrato de seguro de vida o anualidad existente? .....  Sí  No  
 En caso afirmativo, complete la información siguiente:

Nombre de la Compañía	Monto	Núm. de póliza	Año de emisión

▶ 6) ¿Reemplazará, cambiará o utilizará alguna póliza de seguro de vida o anualidad para pagar el seguro que solicita en esta solicitud? .....  Sí  No

**Se entiende y acepta que:**  
 A mi leal saber y entender, todas las declaraciones y respuestas proporcionadas en todas las partes de esta solicitud reflejan la verdad y están completas, y serán la base de cualquier póliza que se emita a partir de esta solicitud y formarán parte de ella. Ninguna de las pólizas que se emitan entrará en vigencia hasta que sean aprobadas y la totalidad de la(s) prima(s) inicial(es) adeudada(s) haya sido recibida por la Compañía mientras el asegurado propuesto esté vivo y todas las declaraciones y respuestas en todas las partes de la solicitud continúen reflejando la verdad y estando completas. Notificaré a la Compañía sobre cualquier cambio en las declaraciones y respuestas proporcionadas en cualquier parte de esta solicitud, que ocurra antes de que la Compañía apruebe la póliza y reciba el pago.

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica u otro centro médico, compañía de seguros, agencias de informes del consumidor u otra organización o persona que posea registros o conocimiento sobre mi persona o sobre mi estado de salud física o mental, sobre mi personalidad en general y sobre mis antecedentes como conductor, a brindar dicha información a Gerber Life, sus reaseguradoras u otras personas que presten servicios comerciales o legales en relación con mi solicitud de seguro. Asimismo, autorizo a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau, MIB) a divulgar cualquier información que tenga en sus registros sobre mí o mi salud a Gerber Life Insurance o a sus reaseguradoras. Comprendo que la información que se obtenga mediante el uso de esta Autorización será utilizada por Gerber Life para determinar mi elegibilidad para acceder al seguro. Para facilitar la rápida presentación de dicha información, autorizo a todas las fuentes nombradas (con excepción de MIB) a proporcionar dicha información a cualquier agencia empleada por Gerber Life para su recolección y transmisión. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original. Reconozco que esta Autorización tendrá una validez de 24 meses desde la fecha que aparece a continuación, y que, previa solicitud, tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta a fin de recibir 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 quedar sujeta al pago de multas y a la pena de prisión.

**X**
 Firma del Asegurado \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# COMPLEMENTO DE LA SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DOTAL INDIVIDUAL

Gerber Life Insurance Company

[1311 Mamaroneck Avenue]

[White Plains, NY 10605]

Este formulario constituye un complemento a la solicitud de la póliza de Seguro Dotal Individual para el siguiente asegurado propuesto:

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

El titular de la póliza de Seguro Dotal Individual será:

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Se comprende y acepta lo siguiente:

A mi leal saber y entender, todas las declaraciones y respuestas efectuadas en todas las partes de la solicitud reflejan la verdad y están completas, y serán la base de cualquier póliza que se emita a partir de esta solicitud y formarán parte de ella. Ninguna de las pólizas que se emitan entrará en vigencia hasta que sea aprobada y la totalidad de la(s) prima(s) inicial(es) adeudada(s) haya sido recibida por la Compañía mientras el asegurado propuesto esté vivo y mientras todas las declaraciones y respuestas de todas las partes de la solicitud continúen reflejando la verdad y estén completas. Notificaré a la Compañía cualquier cambio en las declaraciones y respuestas proporcionadas en cualquier parte de la solicitud, que ocurran antes de que la Compañía apruebe la póliza y reciba el pago.

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración falsa en una solicitud de seguro podrá ser culpable de un delito penal y estar sujeta a las penas establecidas por la ley estatal.

Firma del Titular: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

AIESUPP-09 SP



**Gerber Life Insurance Company**

445 State Street, Fremont MI 49412  
www.gerberlife.com

## Solicitud de Póliza de Seguro Dotal Adicional en virtud de la Cláusula Adicional de la Póliza

**Solicitud de Póliza de Seguro Dotal Individual Gerber Life Insurance Company [1311 Mamaroneck Avenue, White Plains, NY 10605]**

**Monto: \$** \_\_\_\_\_

**Vencimiento: Años** \_\_\_\_\_

**ASEGURADO**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Dirección \_\_\_\_\_ Apt. n.º \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**TITULAR (completar únicamente si es distinto del asegurado)**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Dirección \_\_\_\_\_ Apt. n.º \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO:** Ingrese el nombre de la persona que recibirá los beneficios si usted fallece antes del vencimiento:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

*Desde que solicitó su primera póliza de seguro dotal, ¿ha recibido el asegurado tratamiento o diagnóstico por parte de un profesional médico o le ha aconsejado un profesional médico que reciba tratamiento para lo siguiente: enfermedades o trastornos cardíacos; cáncer o tumores; diabetes; abuso de drogas o alcohol; presión arterial alta o accidente cerebrovascular; trastornos mentales o nerviosos; o cualquier trastorno sanguíneo, renal, hepático, pulmonar, intestinal o del sistema nervioso central; neumonía o inflamación de los ganglios linfáticos sin motivo aparente; SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o una infección de VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o ha sido condenado o se ha declarado culpable por cometer un delito grave o un delito menor, o tiene cargos pendientes en su contra?.....*  Sí  No

Se entiende y acepta que:

A mi leal saber y entender, todas las declaraciones y respuestas efectuadas en todas las partes de esta solicitud reflejan la verdad y están completas. Esta solicitud se adjuntará a cualquier póliza que se emita a partir de esta solicitud y formará parte de ella. Ninguna de las pólizas que se emitan entrará en vigencia hasta que sean aprobadas y la totalidad de la(s) prima(s) inicial(es) adeudada(s) haya sido recibida por la Compañía mientras el asegurado propuesto esté vivo y todas las declaraciones y respuestas en todas las partes de la solicitud continúen reflejando la verdad y estando completas. Notificaré a la Compañía sobre cualquier cambio en las declaraciones y respuestas proporcionadas en cualquier parte de esta solicitud, que ocurra antes de que la Compañía apruebe la póliza y reciba el pago.

Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración falsa en una solicitud de seguro, podrá ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones de conformidad con las leyes estatales.

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica u otro centro médico, compañía de seguros, agencias de informes del consumidor u otra organización o persona que posea registros o conocimiento sobre mi persona o sobre mi estado de salud física o mental, sobre mi personalidad en general y sobre mis antecedentes como conductor, a brindar dicha información a Gerber Life, sus reaseguradoras u otras personas que presten servicios comerciales o legales en relación con mi solicitud de seguro. Asimismo, autorizo a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau, MIB) a divulgar cualquier información que tenga en sus registros sobre mí o mi salud a Gerber Life Insurance o a sus reaseguradoras. Comprendo que la información que se obtenga mediante el uso de esta Autorización será utilizada por Gerber Life para determinar mi elegibilidad para acceder al seguro. Para facilitar la rápida presentación de dicha información, autorizo a todas las fuentes nombradas (con excepción de MIB) a proporcionar dicha información a cualquier agencia empleada por Gerber Life para su recolección y transmisión. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original. Reconozco que esta Autorización tendrá una validez de 24 meses desde la fecha que aparece a continuación, y que, previa solicitud, tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta a fin de recibir 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 quedar sujeta al pago de multas y a la pena de prisión.

**X** Firma del asegurado \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**X** Firma del titular \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Complete únicamente si el titular es distinto del asegurado)

SERFF Tracking Number: *FRCS-126489261* State: *Arkansas*  
 Filing Company: *Gerber Life Insurance Company* State Tracking Number: *45124*  
 Company Tracking Number: *5276*  
 TOI: *L021 Individual Life - Endowment* Sub-TOI: *L021.000 Life - Endowment*  
 Product Name: *Endowment - Spanish Version - Filing*  
 Project Name/Number: *GERBER/165/165*

## Supporting Document Schedules

	<b>Item Status:</b>	<b>Status Date:</b>
<b>Bypassed - Item:</b> Flesch Certification		
<b>Bypass Reason:</b> Not applicable to this filing.		
<b>Comments:</b>		

	<b>Item Status:</b>	<b>Status Date:</b>
<b>Satisfied - Item:</b> Application		
<b>Comments:</b>		
See forms schedule.		

	<b>Item Status:</b>	<b>Status Date:</b>
<b>Satisfied - Item:</b> Translator Certification		
<b>Comments:</b>		
<b>Attachments:</b>		
AR PIE-RIE-09 Translator Cert.pdf		
AR AIE-09 Translator Certs.pdf		
AR ARIE-09 Translator Certs.pdf		
Certification_Gerber Life Insurance_2.10.10_AIESUPP-09 SP.pdf		
Certification_Gerber Life Insurance_2.10.10_RIE-09-AP SP.pdf		



TRANSPERFECT

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

I, Ellen Ryan, herby certify that the attached document, *PIE-09-AR SP*, is to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of from English into Spanish US.

Ellen Ryan

Sworn before me this  
January 21, 2010

  
**Signature, Notary Public**  
**Stephanie Dill**  
**Notary Public, State of New York**  
**No. 01D16180934**  
**Qualified in NEW YORK County**  
**Commission Expires Jan 22, 2012**

Stamp, Notary Public  
State of New York

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



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
- MILAN
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX
- PORTLAND
- PRAGUE
- RESEARCH TRIANGLE PARK
- SAN DIEGO
- SAN FRANCISCO
- SAN JOSE
- SEATTLE
- SINGAPORE
- STOCKHOLM
- STUTTGART
- SYDNEY
- TOKYO
- TORONTO
- VANCOUVER
- WASHINGTON, DC

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

I, Ellen Ryan, herby certify that the attached document, *AIE-09-AR SP*, is to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of from English into Spanish US.

Ellen Ryan

Sworn before me this  
January 21, 2010

Signature, Notary Public  
**Stephanie Dill**  
 Notary Public, State of New York  
 No. 01D16180934  
 Qualified in NEW YORK County  
 Commission Expires Jan 22, 2012

Stamp, Notary Public  
State of New York



TRANSPERFECT

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

I, Ellen Ryan, hereby certify that the attached document, *ARIE-09-AP-AR SP*, is to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of from English into Spanish US.

  
Ellen Ryan

Sworn before me this  
January 21, 2010

  
Signature, Notary Public  
**Stephanie Dill**  
Notary Public, State of New York  
No. 01DI6180934  
Qualified in NEW YORK County  
Commission Expires Jan 22, 2012

Stamp, Notary Public  
State of New York

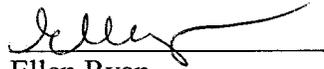
- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MILAN
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX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



**TRANSPERFECT**

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

I, Ellen Ryan, hereby certify that the attached document, *AIESUPP-09 SP*, is to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of from English into Spanish US.

  
Ellen Ryan

Sworn before me this  
March 4, 2010

  
Signature, Notary Public

PAUL D. RALSTON  
Notary Public, State of New York  
No. 01RA6023867  
Qualified in Queens County  
Commission Expires May 3, 2011

Stamp, Notary Public  
State of New York

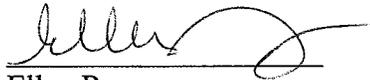
- ALBANY
- AMSTERDAM
- ATLANTA
- AUSTIN
- BARCELONA
- BERLIN
- BOSTON
- BRUSSELS
- CHARLOTTE
- CHICAGO
- DALLAS
- DENVER
- DUBAI
- DUBLIN
- FRANKFURT
- GENEVA
- HONG KONG
- HOUSTON
- IRVINE
- LONDON
- LOS ANGELES
- MIAMI
- MILAN
- MINNEAPOLIS
- MONTREAL
- MUNICH
- NEW YORK
- PARIS
- PHILADELPHIA
- PHOENIX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



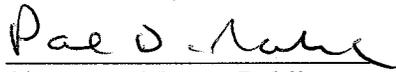
**TRANSPERFECT**

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

I, Ellen Ryan, herby certify that the attached document, *RIE-09-AP SP*, is to the best of my knowledge and belief, a true and accurate translation of from English into Spanish US.

  
Ellen Ryan

Sworn before me this  
March 4, 2010

  
Signature, Notary Public

PAUL D. RALSTON  
Notary Public, State of New York  
No. 01RA6023867  
Qualified in Queens County  
Commission Expires May 3, 2011

Stamp, Notary Public  
State of New York

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