Filing at a Glance

Company: S.USA Life Insurance Company, Inc.

Product Name: Senior Life Application - Spanish Filing	SERFF Tr Num: FRCS-126654593	State: Arkansas
TOI: L07I Individual Life - Whole	SERFF Status: Closed-Approved-Closed	State Tr Num: 45842
Sub-TOI: L07I.201 Early Duration Reduced Benefit - Level Premium - Any Policy Design	Co Tr Num: 5343	State Status: Approved-Closed
Filing Type: Form		Reviewer(s): Linda Bird
	Authors: Bob Motley, Aaron Clark	Disposition Date: 06/03/2010
	Date Submitted: 06/01/2010	Disposition Status: Approved-Closed
Implementation Date Requested: On Approval		Implementation Date:
State Filing Description:		

General Information

Project Name: SUSA/91-SP	Status of Filing in Domicile: Not Filed
Project Number: 91-SP	Date Approved in Domicile:
Requested Filing Mode: Review & Approval	Domicile Status Comments: Will be filed at a later date.
Explanation for Combination/Other:	Market Type: Individual
Submission Type: New Submission	Group Market Size:
Overall Rate Impact:	Group Market Type:
Filing Status Changed: 06/03/2010	Explanation for Other Group Market Type:
	State Status Changed: 06/03/2010
Deemer Date:	Created By: Aaron Clark
Submitted By: Bob Motley	Corresponding Filing Tracking Number:

Filing Description:

We have been retained by S.USA Life Insurance Company, Inc. to file the enclosed form for approval in your state.

Our fee of $50 has been sent by EFT on this same date.

This filing is for the Spanish version of the English version of the application that was previously approved by your

Department on 04/28/2010, under serff tracking FRCS-126602189, DOI# 45521.

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

Company and Contact

Filing Contact Information

Aaron Clark, Technician
1020 Central
Suite 201
Kansas City, MO 64105

aaron.clark@firstconsulting.com
800-927-2730 [Phone] 2835 [Ext]
816-391-2755 [FAX]

Filing Company Information

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

S.USA Life Insurance Company, Inc.	CoCode: 60183	State of Domicile: Arizona
460 West 34th Street, Suite 800	Group Code: 1347	Company Type:
New York, NY 10001	Group Name: SBLI USA Group	State ID Number:
(212) 356-0337 ext. [Phone]	FEIN Number: 13-4144857	

Filing Fees

Fee Required?	Yes
Fee Amount:	$50.00
Retaliatory?	No
Fee Explanation:	$50.00 per filing times one filing.
Per Company:	No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
S.USA Life Insurance Company, Inc.	$50.00	06/01/2010	36928380

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Linda Bird	06/03/2010	06/03/2010

Disposition

Disposition Date: 06/03/2010

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number:	*FRCS-126654593*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*S.USA Life Insurance Company, Inc.*	*State Tracking Number:*	*45842*
Company Tracking Number:	*5343*		
TOI:	*L07I Individual Life - Whole*	*Sub-TOI:*	*L07I.201 Early Duration Reduced Benefit - Level Premium - Any Policy Design*
Product Name:	*Senior Life Application - Spanish Filing*		
Project Name/Number:	*SUSA/91-SP/91-SP*		

Schedule	Schedule Item	Schedule Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification		No
Supporting Document	Application		Yes
Supporting Document	Life & Annuity - Acturial Memo		No
Supporting Document	Authorization		Yes
Supporting Document	Translation certification		Yes
Form	Individual Graded Benefit Whole Life Application – Spanish Filing		Yes

Form Schedule

Lead Form Number: A-105-10 AR (spu)

Schedule Item Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
	A-105-10 AR (spu)	Application/ Enrollment Form	Individual Graded Benefit Whole Life Application – Spanish Filing	Initial			A-105-10 AR _spu_.pdf

[0988E2FF-634BF3641EE1] [ ]

SOLICITUD SEGURO DE VIDA ENTERA CON BENEFICIO GRADUADO

S.USA Life Insurance Company, Inc. [Llame libre de cargos al: 866-S.USA-123 (866-787-2123)] [www.susa.com]

1. Nombre del Asegurado Propuesto (Complete a máquina o con letra de imprenta.)

_____
Nombre Inicial Apellido

2. Fecha de Nacimiento
_____/_____/_____
Mes/Día/Año

3. Sexo
☐ Hombre ☐ Mujer

4. Dirección particular del Asegurado Propuesto:

_____
Dirección (Número y Calle) Apto. N.°

_____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Particular (*con código de área incluido*)

Dirección de Correo Electrónico

5. Cantidad del Seguro solicitada:
$ _____

6. ¿Desea un Préstamo Automático de Prima?
☐ Sí ☐ No

7. ¿Este seguro reemplaza algún otro seguro de vida vigente? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, indique cantidad/es y compañía/s:

8. Opciones de Pago

☐ Por la presente autorizo, hasta nuevo aviso, que la prima se deduzca de mi cuenta de cheques.
Adjunte un cheque anulado o suministre la información siguiente Número ABA del Banco _____ Número de cuenta_____

☐ Por la presente autorizo, hasta nuevo aviso, el pago de la prima mediante mi cuenta de tarjeta de crédito.
Número de Tarjeta de Crédito _____ Fecha de Vencimiento _____/_____]

☐ Prefiero que se me facture directamente.
Enviar notificaciones de primas a: (complete solamente si no es la persona de la pregunta 1)

_____
Nombre Inicial Apellido Dirección (Número y Calle) Apto. N.° Ciudad

9. Seleccione la Modalidad de Pago para la opción elegida: ☐ Anualmente ☐ Semestralmente ☐ Trimestralmente ☐ Mensualmente

10. ¿Cuál es el valor de Vida Entera con Beneficio por Muerte Graduado de S.USA que se encuentra vigente sobre la vida del asegurado? (Incluya todas las solicitudes en trámite.)

11. Si el Dueño no es el asegurado, complete a continuación:

_____
Nombre Inicial Apellido Dirección (Número y Calle) Apto. N.° Ciudad Estado Código Postal

_____/_____/_____ _____ _____
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) Teléfono Parentesco con el Asegurado Propuesto

12. (a) **Beneficiario Principal** (Si hay más de uno, para repartir en partes iguales, a menos que se especifique lo contrario; todo debe sumar el 100%)
% de Beneficios

_____
Nombre Inicial Apellido Parentesco con el Asegurado Propuesto %

Beneficiario Secundario (Si hay más de uno, para repartir en partes iguales, a menos que se especifique lo contrario; todo debe sumar el 100%)
% de Beneficios

_____
Nombre Inicial Apellido Parentesco con el Asegurado Propuesto %

Certifico que, conforme a mí saber y entender, la información del presente formulario es verdadera. Entiendo que la cobertura no entrará en vigencia a menos que la persona que será asegurada esté viva en la Fecha de Emisión. La copia de esta solicitud se adjuntará a esta póliza y pasará a formar parte de la misma.
y pasará a formar parte de la póliza y que, junto con la solicitud, constituirá el contrato completo, que no podrá ser modificado sin el consentimiento escrito de la Compañía.
Entiendo que ningún seguro solicitado aquí será emitido por una cantidad inferior a la solicitada, si dicha cantidad junto con otro seguro de Vida Entera con Beneficio por Muerte Graduado de S.USA vigente, supera los [$25,000].
Entiendo que durante los dos primeros años el seguro ofrece un Beneficio por Muerte limitado en caso de que la muerte no sea causada por un accidente. Sujeto a las penas por el delito de perjurio, certifico que el Número de de Seguro Social (Identificación de Contribuyentes) indicado a continuación es correcto y que no estoy sujeto a retenciones adicionales.
Toda persona que, con perfecto conocimiento, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio o que, con perfecto conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de delito y será pasible de multas y encarcelamiento.
LAS PÓLIZAS EMITIDAS POR VALORES NOMINALES PEQUEÑOS O SIN SUSCRIPCIÓN, SUELEN TENER PRIMAS RELATIVAMENTE COSTOSAS EN RELAICÓN CON EL BENEFICIO POR MUERTE QUE SE PAGARÁ, COMO SUCEDE CON TODO TIPO DE COMPRAS, CUANDO SE ADQUIERE UN SEGURO, ES CONVENIENTE COMPARAR LOS PRODUCTOS Y PRECIOS DE DISTINTAS FUENTES.

Fecha _____ X _____ _____
Mes/Día/Año Firma del Asegurado Propuesto Número de Seguro Social del Asegurado

Fecha _____ X _____ _____
Mes/Día/Año Firma del Dueño (Si no es el Asegurado Propuesto.) Número de Seguro Social del Dueño

Solicitud firmada en _____
Ciudad Estado

Área de Uso Exclusivo de la Aprobado _____ Rechazado _____ _____ N.º de _____
Número del _____ Número de la _____ Código de _____

Supporting Document Schedules

Item Status: **Status Date:**

Bypassed - Item: Flesch Certification

Bypass Reason: Not applicable to this filing.

Comments:

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Application

Comments:

The application is attached under the form schedule.

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Authorization

Comments:

Attachment:

Auth_1-10_S.USA on company letterhead dist.pdf

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Translation certification

Comments:

Attachment:

A-105-10 AR trans cert.pdf

Debra E. Klugman
Senior Vice President
General Counsel & Secretary
Phone: (212) 356-0327
Fax: (212) 624-0700
dklugman@sbliusa.com

Date: January 1, 2010

To: The Insurance Commissioner

Authorization

This Authorization, or a copy thereof, will authorize the consulting firm of First Consulting & Administration, Inc., Kansas City, Missouri, to represent this Company in matters related to forms and rates before the Insurance Department.

This Authorization shall be valid for a period of one year and renewable for a like period at the end of each term until terminated by the Company.

Company Name: S.USA Life Insurance Company, Inc.

Signature: Debra E Klugman

Name: Debra E. Klugman

Title: Senior V. P., General Counsel & Secretary

Lingua solutions

Date: May 18, 2010
No.: 0429MUTspu

CERTIFICATION

This is to certify that the following are, to our knowledge and belief, accurate translations into **Spanish** of the **English** language documents listed below.

- A-105-10 AR

BY:_____
Gabriel A. Rodino
Lingua Solutions, Inc.

Lingua Solutions, Inc.
Credentialed Translators
800-508-2484
www.linguainc.com

STATE OF CALIFORNIA

COUNTY OF LOS ANGELES

On May 18, 2010, before me, Ryan Andong Kim, Notary Public, personally appeared Gabriel A. Rodino, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he executed the same in his authorized capacity, and that by his signature on the instrument the person, or the entity upon behalf of which the person acted, executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature of Notary Public

RYAN ANDONG KIM
COMM. #1695519
NOTARY PUBLIC - CALIFORNIA
LOS ANGELES COUNTY
My Comm. Expires Sep. 23, 2010

www.linguainc.com
info@linguainc.com
Fax: 818.743.7411
Phone: 800.508.2484
Studio City, CA 91604 USA
11271 Ventura Blvd., #436