

# FACEBOOK™ SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Enviado solicitud relativa a mi **CONSULTA SOBRE SEGURO FUNERARIO** solicitada a través de **Facebook™** el 2026-04-15T00:08:55+0000. Si está en posesión de esta carta, es posible que haya recibido la visita o se encuentre actualmente en presencia de una persona **Autorizada y con Licencia** por el **Departamento de Seguros del Estado**.

Agente: \_\_\_\_\_ Licencia # \_\_\_\_\_  
Numero: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta solicitud específica ha sido verificada y se ha dado el consentimiento para contactar a través de la solicitud enviada por Facebook™ por el solicitante que se indica a continuación, con el fin de recibir más información sobre una póliza de seguro de vida entera asequible para gastos finales que pueda cubrir el entierro, la cremación y/o cualquier deuda u obligación acumulada por fallecimiento, discapacidad, enfermedad grave, crónica o terminal.

**Nombre completo del asegurado propuesto: Alex barraza**

**Número de teléfono asegurado propuesto: +18188226005**

**Edad asegurada propuesta: 01151962**

**Dirección del domicilio propuesto para la entrega asegurada: 19248 parthenia st #8 Northridge ca 91324**

**Beneficiario: Mi familia Tipo de cobertura: Entierro Tradicional**

CORTAR AQUÍ Y ENTREGAR

## \*\*VERIFICACIÓN DE LA VISITA DEL AGENTE\*\*

\*\*Reconozco que el agente Nombre: \_\_\_\_\_ me visitó el Fecha: \_\_\_\_\_ y me presentó una solicitud de seguro de gastos finales para cubrir el entierro o la cremación. Al firmar a continuación, verifico que esta reunión tuvo lugar, asegurándome de que el agente reciba el crédito adecuado por su tiempo y esfuerzo. Si no se firma, es posible que el agente no reciba una compensación por su arduo trabajo o que no tenga pruebas de su visita. Agradecemos enormemente su firma.\*\*

\*\*Firma:\*\* \_\_\_\_\_

**EL AGENTE DEBE LEER EN VOZ ALTA AL ASEGURADO PROPUESTO SI OPTA POR NO PARTICIPAR EN LA CONSULTA SOBRE LAS PRESTACIONES FUNERARIAS.**



## \*\*REDUCCIÓN DE LA PRESTACIÓN APLICABLE HASTA 2 AÑOS\*\*

Yo, \* \_\_\_\_\_, por la presente renuncio voluntariamente a la cobertura del seguro de gastos finales que se me ofrece. Entiendo que al rechazar esta cobertura, asumo toda la responsabilidad por mis gastos al final de mi vida, incluidos los gastos de funeral, entierro o cremación. Reconozco que sin esta cobertura, mi familia, amigos o representantes designados pueden verse afectados financieramente por estos gastos. Afirmo que esta decisión es tomada por mi propia voluntad, sin coacción, y libero a la aseguradora de cualquier responsabilidad que resulte de mi rechazo.

\*\*Firma:\*\* \_\_\_\_\_