

THE PEACE OF MIND YOUR FAMILY NEEDS



LA PAZ MENTAL QUE SU FAMILIA NECESITA



DESCUBRIMIENTO

M - MOTIVO

¿Porqué decidió informarse sobre protección final?

- Perdí recientemente a alguien cercano o conocido
- Estoy buscando protección para mí o un familiar
- Deseo dejar un beneficio económico
- Quiero ser recordado como responsable

E - EMOCIÓN

¿Qué es lo que más le impacta o le preocupa?

- Preocupación por mis hijos
- Tranquilidad al planificar
- Temor de dejar deudas
- Deseo de aliviar carga a la familia

T - TIEMPO

¿Desde cuándo lo viene pensando?

- Lo he pensado hace poco
- Hace varios meses
- Desde hace años

H - HEREDERO (Beneficiarios)

¿Quién será su beneficiario principal hoy en día? ¿Cuál es su nombre?

☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Nieto/a ☐ Otro:

Nombre: _____

A - AUTORIDAD

¿Usted toma sus propias decisiones o consulta con alguien más?

- Tomo mis propias decisiones
- Lo consulto con mi pareja
- Lo decido en familia

F - FINANZAS

¿Qué rango mensual le parece razonable?

☐ \$60 ☐ \$65 ☐ \$70 ☐ \$75
☐ Otro: _____

AHORA YA SÉ POR QUÉ ESTOY AQUÍ...

Si en el día de hoy yo puedo encontrar una opción que se acomode a su presupuesto, ¿hay alguna razón para no explorarla?

"La decisión de hoy, elimina la presión de ese día."



Lincoln Heritage®
LIFE INSURANCE COMPANY



4343 East Camelback Road, Phoenix, AZ 85018
Teléfono corporativo 1-800-433-8181 • LHLIC.com
Línea gratuita local 888-407-0924

Lincoln Heritage es su poderoso aliado para el financiamiento funerario.

Más de 1 millón de personas confían en la protección de Lincoln Heritage para sus seres queridos — con más de 11 mil millones de dólares en seguros vigentes.



Lincoln Heritage
Reclamaciones pagadas 2024

\$250,685,587 millones

FCGS
promedio de ahorro 2024

\$8,836,434 millones

LICENCIA AQUÍ

Imprima una copia de
su licencia de seguro
y colóquela aquí.

Beneficios del Programa Funeral Advantage

"Nuestra misión es asegurar que cuando llegue ese momento difícil, todo sea más fácil y manejable. ¿Es eso lo que usted quiere verdad?"

Beneficio de Cobertura Inmediata de Hasta \$35k

Dejar dinero adicional para sus queridos, repatriación, planificación final y lo calificas sin examen médico, solo unas pocas preguntas de salud, y los beneficios se pagan directamente al beneficiario a: _____

Beneficio de Reclamaciones Rápidas

Las reclamaciones se pagan dentro de las 24 horas de recibir todos los documentos requeridos. Pagamos rápido porque es dinero que se necesita para pagar los gastos.

Beneficio de Cobertura Global

La cantidad asegurada se puede utilizar en cualquier parte del mundo y no está ligada a ninguna funeraria en particular.

Beneficio Garantizado (Lock In)

Los beneficios nunca disminuyen con la edad o los cambios de salud. Sus depósitos de primas no cambian siempre que se paguen **¿Cómo le hace sentir que con un pequeño depósito de prima su programa hoy queda activado?**

Depositos son Flexibles

Los depósitos de primas mensuales se ajustan a su presupuesto.

Beneficio por Muerte Accidental

Su plan puede incluir un Beneficio por Muerte Accidental de hasta \$100,000+ sin examen médico u otra evidencia de asegurabilidad **¿Cómo le hace sentir que hoy usted a pre-calificado a todos estos beneficios?**

La Documentación es Muy Sencilla

Es una sola página. La mayoría de las personas pre-califican incluso con problemas de salud.

(Preguntas de pre-calificación)

Beneficio de Membresía FCGS complementaria

Asesor Funerario 24/7. Las opciones se comparan y se buscan precios para sus seres queridos, sin costo.* Puede cambiar sus últimos deseos en cualquier momento.* Ayudan a que los beneficios de la aseguranza se paguen más rápido.



A Letter For My Trusted Loved One

A Personal Funeral Advisor

from the Funeral Consumer Guardian Society (FCGS)* will manage all the details of my final wishes for you — FREE of charge.



The Funeral Consumer Guardian Society (FCGS) is an independent senior consumer advocate now serving hundreds of thousands of Americans.

To: My Trusted Loved One(s)

My final wishes are securely on file with Funeral Advantage.

In the event of my death, Funeral Advantage has been authorized to share my final wishes with a trusted loved one to help with my final arrangements. I have carefully selected you as my trusted representative.

Because this is a big responsibility, I want to do my best to ease any burden that might be placed on you when it comes to my funeral arrangements. So, I've recorded all my final wishes and they're securely on file.

My final expense insurance policy through Lincoln Heritage Funeral Advantage® includes free funeral planning services to make sure my final wishes are carried out.

My wishes will guide you through the complicated decisions. You can start with one easy call.

When the time comes, and before you contact any funeral homes — just call the number on this card first. A Personal Funeral Advisor will happily work with the person arranging my funeral and will help manage the details, **FREE** of charge.

See my additional notes on the back of this card.

— **Sample Funeral Advantage Member**

*FCGS is not affiliated with any religion, funeral home, cemetery, or any particular funeral approach.

**Lincoln Heritage
Funeral Advantage**



Funeral Advantage Member

**Sample Funeral Advantage Member
Membership ID# 123456**

In the event of my death
CALL THIS NUMBER FIRST 1-866-571-2772

A personal funeral advisor will handle all funeral details for you.
My final wishes are safely on file with Funeral Advantage.

Perfil de mis Últimos Deseos



Complete este formulario, guardaremos sus preferencias en un archivo seguro hasta que llegue el momento.

Paso 1 Datos personales

Nombre completo
Fecha de nacimiento / / Teléfono
Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino Es usted ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a)

Paso 2 Su ser querido de confianza

! Esta es la persona que se encargará de los preparativos de su funeral.

Nombre
Relación Teléfono
Dirección
Ciudad Estado Código postal

Paso 3 Tipo de servicio

! Elija entre entierro o cremación.

☐ **Entierro** —
¿Desea una visita para condolencias o un velorio? ☐ Sí ☐ No
Si NO hay visita para condolencias o velorio:
¿Le gustaría un servicio junto a la tumba? ☐ Sí ☐ No
☐ **Cremación** —
¿Desea una visita para condolencias o un velorio? ☐ Sí ☐ No
Si NO hay visita para condolencias o velorio:
¿Le gustaría un servicio de celebración de su vida? ☐ Sí ☐ No

Paso 4 Características opcionales

Vea el reverso para especificar cualquier característica/servicio adicional que desee.

Paso 5 Envíe su Perfil de Últimos Deseos en el sobre con envío prepago

! Para un resumen en formato digital, por favor elija un método.

Devuelva este formulario a Funeral Advantage Member Services, PO Box 91; New Albany, IN 47150
Si desea recibir un resumen digital de este documento para sus archivos, por favor proporcione su dirección de correo electrónico y/o su número móvil a continuación.

☐ Texto/Móvil
☐ Correo electrónico

Características opcionales



Esta sección es totalmente opcional. Complétela sólo si lo desea.

Opcional

Características que deseo

! Seleccione una opción, si desea servicios con el cuerpo presente o no.

! Adjunte páginas adicionales si desea dejar instrucciones más específicas sobre las características que desea.

☐ Una visita para condolencias/velorio en una funeraria
Me gustaría en: *Nombre de la funeraria*

☐ No tengo ninguna preferencia sobre la funeraria y me gustaría que FCGS busque precios en el momento que lo necesite mi familia.

☐ Los servicios se llevarán a cabo CON el cuerpo presente.
☐ Los servicios se llevarán a cabo SIN el cuerpo presente.

Si desean un ataúd, quiero un ☐ Ataúd abierto ☐ Ataúd cerrado

☐ Honores militares ☐ Sí ☐ No *Rama de servicio*

☐ Servicio en la iglesia *Nombre de la iglesia*

☐ Ceremonia conmemorativa *Lugar*

☐ Recepción *Lugar*

☐ Elogio fúnebre pronunciado por

☐ Música

☐ Oraciones

☐ Relatos o testimonios

☐ Otros detalles (flores, fotos, etc.)

Lugar de descanso final

☐ Cementerio *Nombre del cementerio*

☐ Esparcimiento de cenizas *Lugar*

☐ Devolver las cenizas a

Envíe su Perfil de Últimos Deseos en el sobre con envío prepagado

Devuelva este formulario a Funeral Advantage Member Services, PO Box 91; New Albany, IN 47150
Si desea recibir un resumen digital de este documento para sus archivos, por favor proporcione su información en el paso 5.



Lincoln Heritage
LIFE INSURANCE COMPANY

Funeral Advantage Program

F

Gastos Funerales

- Tradicional _____
- Cremacion _____

I

Remplazo de Ingresos _____

C

Cobertura para Niños

1. _____
2. _____
3. _____

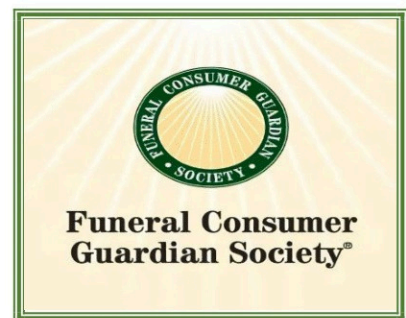
A

Cobertura Accidental

\$ 25,000 – \$ 100,000 _____

Gastos Mensuales

- Hipoteca o Renta
- Luz
- Comida
- Factura Telefonica
- Seguro del Carro
- Tarjetas de Crédito





Lincoln Heritage
LIFE INSURANCE COMPANY

Hay Tres motivos que más nos preocupan:

¿Como voy a pagar el funeral?

¿Quién de mi Familia se encargará?

La Parte Emocional



RESUMEN DE BENEFICIOS

DUEÑO: _____

ASEGURADO: _____

PLAN: ____ GASTOS FINALES ____ PAGO DE 20 AÑOS ____ MODIFICADO

SI EL PLAN ES MODIFICADO ENTONCES:

2 años de pago modificado (Edad 50-85) / 3 años beneficio de muerte modificado (Edad 0-49)

Beneficio por muerte

1^{er} Año Retorno de primas más 10% Int
2^{do} Año Retorno de primas más 20% Int

Beneficio por muerte

1^{er} Año Retorno de primas más 10% Int
2^{do} Año Retorno de primas más 20% Int
3^{er} Año Retorno de primas más 30% Int

Después de estos términos cubrimiento total

Si hay Muerte Accidental entonces cubrimiento total desde el primer día

BENEFICIARIOS: _____ - PRIMARIO

_____ - CONTINGENTE

CUBRIMIENTO: \$ _____ PRIMA \$ _____ FECHA DE PAGO _____ de cada mes

Aditamento de niños	_____	CANTIDAD \$ _____
	_____	CANTIDAD \$ _____
	_____	CANTIDAD \$ _____
	_____	CANTIDAD \$ _____

CUBRIMIENTO POR MUERTE ACCIDENTAL _____ / _____

Muerte Accidental:	\$ _____ / \$ _____
Desmembramiento:	\$ _____ / \$ _____
Muerte en accidente de auto:	\$ _____ / \$ _____
Muerte en transporte público:	\$ _____ / \$ _____
Muerte por acto de guerra o terrorismo	\$ _____ / \$ _____
Transporte de resto mortales: Hasta	\$ _____ / \$ _____

Membresía con FUNERAL CONSUMER GUARDIAN SOCIETY Incluida

Agente: _____ Telefono: _____