

AMERICAN INCOME LIFE INSURANCE COMPANY
P.O. BOX 2608 WACO, TEXAS 76702 www.aillife.com
STRIKE WAIVER OF PREMIUM CLAIM FORM
FORMULARIO DE RECLAMO DE RENUNCIA DE PRIMA POR HUELGA

Strike Waiver provides for waiver of premiums while the insured is on authorized strike and thereby prevented from engaging in his usual occupation. One month of premium is waived for each month of the strike. If the strike lasts less than a month, one month of premium will be waived. The maximum waiver is 12 months.

Waiver will only apply to policies which were in force for 90 days prior to the strike. If the premium is being waived on a policy on which the striking union member is the insured, waiver will also apply to otherwise qualifying policies on which the union member's spouse is the insured.

Complete the form below and send it to the Company at the above address. The form must be signed by an authorized union official.

La Renuncia por Huelga dispone la renuncia a primas mientras el asegurado se encuentre en una huelga autorizada y de ese modo se le impida dedicarse a su ocupación habitual. Se renuncia a un mes de prima por cada mes de la huelga. Si la huelga dura menos de un mes, se renunciará a un mes de prima. La renuncia máxima es de 12 meses. La renuncia sólo se aplicará a las pólizas que estaban vigentes por 90 días antes de la huelga. Si se renuncia a una prima de una póliza en la cual el miembro del sindicato en huelga es el asegurado, la renuncia también comprenderá a las pólizas que de otro modo reúnan las condiciones necesarias en las cuales ella cónyuge del miembro del sindicato es el/la asegurado(a). Complete el formulario a continuación y envíelo a la Compañía a la dirección anterior. Este formulario debe ser firmado por un funcionario autorizado del sindicato.

Insured (Striking Union Member) _____ Policy Number(s) _____
Asegurado (Miembro del Sind. en Huelga) Número(s) de Póliza(s)

Insured Spouse _____ Policy Number(s) _____
Cónyuge Asegurado Número(s) de Póliza(s)

Address _____ Phone _____
Dirección Teléfono

Occupation _____ Employer _____
Ocupación Empleador

Union & Local No. _____ Phone _____
Sindicato & Local No. Teléfono

On what date did you quit work due to a strike? Month _____ Day _____ Year _____
¿En que fecha de trabajar debido a la huelga? Mes Día Año

Are you currently working?/¿Está trabajando actualmente? Yes/Si No/No

If so, on what date did you return to work? _____
En caso afirmativo, ¿en qué fecha volvió al trabajo?

Dated/Fechado _____ X _____
Signature of Insured (Striking Union Member)
Firma del Asegurado (Miembro del Sindicato en Huelga)

CERTIFICATION BY UNION OFFICIAL
CERTIFICACIÓN DEL FUNCIONARIO DEL SINDICATO

This to certify that the above Union member was prevented from working from _____
La presente certifica que el miembro del Sindicato en cuestión impedido de trabajar desde el

to _____ because of a duly authorized, official strike.
hasta el debido a una huelga oficial debidamente autorizada.

Dated/Fechado _____
Signature of Union Local Officer _____ *Title/Cargo*
Firma del Funcionario del Sindicato Local