



Reglas del cuestionario COVID-19

1. El cuestionario solo se requiere en las solicitudes de beneficios completos o cobertura de primer día.
2. No se requiere el cuestionario para solicitudes de beneficios completos menores de 65 años.
3. Si cualquiera de las preguntas en el cuestionario se responde "sí", posponemos la solicitud por 25 días.

Nombre del asegurado propuesto (por favor imprimir): _____

Nombre del dueño (por favor imprimir): _____

Fecha de aplicacion: _____

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es "Sí", se pospondrá la presentación de la solicitud de seguro durante 25 días y sujeto a una revisión adicional.

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. En los últimos 30 días, el asegurado propuesto ha sido examinado, diagnosticado, tratado, recibido asesoramiento médico, resultado positivo o sin resultados con respecto a COVID-19 por un miembro de la profesión médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. En los últimos 30 días, ¿el asegurado propuesto ha sido puesto en cuarentena o autoaislado según el consejo de un miembro de la profesión médica con respecto al Covid-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hasta donde sé, las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y completas. Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeto a sanciones bajo la ley estatal.

Firma del asegurado propuesto

Fecha

Solicitud para:
Seguro de vida con beneficio individual vitalicio y limitado por fallecimiento



SECURITY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY

P.O. Box 57220, Salt Lake City, Utah 84157-0220
Teléfono: (801) 264-1060 o Línea gratuita: 1 (800) 574-7117

PLAN DE SEGURIDAD SIMPLE

Nombre del Asegurado Propuesto (en letra de imprenta)		Género	Fecha de nacimiento	Edad	Altura	Peso
Nombre	Inicial	Apellido				
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono del Asegurado Propuesto			Número de seguro social/TIN		Estado de nacimiento	
Nombre del titular (si no es el Asegurado Propuesto): _____						
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____	Código postal: _____	
Teléfono: _____			Relación: _____			
Nombre del pagador (si no es el Asegurado Propuesto): _____						
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____	Código postal: _____	
Teléfono: _____			Relación: _____			
Beneficiario principal: _____			Beneficiario contingente: _____			
Dirección: _____			Dirección: _____			
Teléfono: _____			Teléfono: _____			
Relación: _____			Relación: _____			
Plan: <input type="checkbox"/> Plan de Seguridad Simple - Preferido <input type="checkbox"/> Plan de Seguridad Simple - Estándar <input type="checkbox"/> Plan de Seguridad Simple - Modificado Devolución de prima a 2 años + 10 %		Prima a pagar: <input type="checkbox"/> TEF <input type="checkbox"/> Factura mensual directa <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito/débito <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual		Valor nominal: USD _____ Prima: USD _____ Monto nominal adicional: <input type="checkbox"/> Beneficio por Fallecimiento Adelantado (ADB) USD _____ <input type="checkbox"/> Niño USD _____		
Monto de la prima pagada con la solicitud: USD _____ (El cheque debe ser pagadero a Security National Life Insurance Company).						
Elija una opción de facturación: Seleccione el mes de facturación <u>Y</u> seleccione el día de facturación, <u>O BIEN</u> la semana de facturación						
¿El Asegurado Propuesto recibe Seguro Social, Seguro Social por Discapacidad, Supplemental Security Income (SSI, Seguro de Ingreso Suplementario), jubilación para veteranos y/o discapacidad para veteranos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Giro tras aprobación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Seleccione el primer mes de facturación: de enero a diciembre _____ Seleccione día de facturación: 1 a 28 _____ O BIEN Seleccione semana de facturación: <input type="checkbox"/> 2.º miércoles <input type="checkbox"/> 3.º miércoles <input type="checkbox"/> 4.º miércoles				
Reemplazo: ¿Tiene una póliza de seguro de vida o un contrato de anualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, complete y envíe el aviso sobre el reemplazo del seguro de vida o anualidades.						
Nombre del médico del Asegurado Propuesto: _____			Número de teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____			
Pregunta sobre tabaco/nicotina: ¿Consumió tabaco y/o nicotina en alguna forma en los últimos 12 meses?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si todas las preguntas médicas de la 1 a la 19 se responden de forma negativa, el Asegurado Propuesto es elegible para el Plan Preferido de Seguridad Simple.						
PREGUNTAS MÉDICAS (Sección Uno) – Responda todas las preguntas médicas.						
Si alguna pregunta médica en la Sección Uno se responde de manera afirmativa , el Asegurado Propuesto no es elegible para el Plan de Seguridad Simple. Si la respuesta a todas las preguntas médicas es negativa , complete las Secciones Dos y Tres en la página 2 de la solicitud.						
¿El Asegurado Propuesto fue diagnosticado, dio positivo, recibió tratamiento o recibió consejos médicos por parte de un miembro de la profesión médica con licencia para cualquiera de las siguientes afecciones médicas?						
					Sí	No
1. Actualmente o en los últimos 30 días, ¿se lo ha tratado o ingresado en un hospital, hogar de ancianos, centro de atención médica, centro de atención a largo plazo o centro de cuidados paliativos, o un miembro de la profesión médica con licencia le ha recomendado que guarde cama? ¿Un miembro de la profesión médica con licencia lo diagnosticó, analizó o trató médicamente por una enfermedad terminal que ocasione su muerte en los próximos 12 meses?.....						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En los últimos 30 días, ¿un miembro de la profesión médica con licencia le ha diagnosticado, le realizó un análisis o aplicó un tratamiento en un hospital para una convulsión?.....						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Necesita ayuda o supervisión para vestirse, comer, higienizarse (bañarse o ir al baño) o trasladarse hacia o desde una cama o silla?						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Actualmente o en los últimos 90 días, ¿un miembro de la profesión médica con licencia lo diagnosticó, analizó o trató por cualquier tipo de tumor o cáncer, excepto el cáncer de piel de células basales?.....						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez un miembro de la profesión médica con licencia le ha diagnosticado la enfermedad de Alzheimer, demencia, ELA (enfermedad de Lou Gehrig), anemia de células falciformes, hepatitis C, cirrosis del hígado, fibrosis quística, aneurisma cerebral o trasplante de órganos?.....						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Está recibiendo actualmente un tratamiento de diálisis?						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez un miembro de la profesión médica con licencia le ha diagnosticado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), Complejo Relacionado con el Sida (ARC), o dio positivo en la prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?						
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADICIONES O CORRECCIONES DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA						

Nombre del solicitante:

Número de seguridad social:

PREGUNTAS MÉDICAS (Sección Dos) – Responda todas las preguntas médicas.

Si todas las preguntas médicas en las Secciones Uno y Tres se responden de forma **negativa**, pero la pregunta 8 en la Sección Dos se responde de manera **afirmativa**, el Asegurado Propuesto es elegible para el **Plan Estándar de Seguridad Simple**.

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| 8. ¿Utiliza algún medicamento con insulina para algún tipo de diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿cuántas unidades totales por día? | | |

PREGUNTAS MÉDICAS (Sección Tres) – Responda todas las preguntas médicas.

Si alguna pregunta médica en la Sección Tres se responde de manera **afirmativa**, el Asegurado Propuesto solo es elegible para el **Plan de Seguridad Simple Modificado**. Si más de tres preguntas médicas en la Sección Tres se responden de manera **afirmativa**, el Asegurado Propuesto **no es elegible** para el Plan de Seguridad Simple.

Proporcione los detalles completos a continuación para todas las respuestas médicas afirmativas.

Dentro de los últimos 2 años, ¿el Asegurado Propuesto fue diagnosticado, dio positivo, recibió tratamiento, le recetaron medicamentos o recibió consejos médicos por parte de un miembro de la profesión médica con licencia para cualquiera de las siguientes afecciones médicas?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| 9. ¿Angioplastia, implante de stent, revascularización quirúrgica, cirugía de válvulas cardíacas o marcapasos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Algún tipo de tumor o cáncer, excepto el cáncer de piel de células basales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si ahora no tiene cáncer, indique el mes y año en que un miembro de la profesión médica con licencia le diagnosticó que no tenía cáncer: ____ / ____. | | |
| 11. ¿Tumor cerebral, trastornos cerebrales, AIT (breve accidente cerebrovascular) o accidente cerebrovascular de cualquier tipo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Enfermedad cardíaca de cualquier tipo, angina de pecho, ataque cardíaco, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), trastorno circulatorio u otros trastornos o afecciones cardíacas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Enfermedad pulmonar, enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), o cualquier otro tipo de enfermedad o afección pulmonar o respiratoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Enfermedad o insuficiencia renal, enfermedad hepática, hepatitis B, enfermedad del páncreas o insuficiencia o enfermedad de otro órgano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Diabetes con complicaciones, que pueden incluir: coma diabético, coma insulínico, enfermedad o trastorno ocular, neuropatía, amputación, internación por diabetes, toma 100 unidades o más de insulina en un período de 24 horas, o uso de insulina antes de los 40 años de edad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Enfermedad de Parkinson, parálisis, esclerosis múltiple, lupus, distrofia muscular, síndrome de Down, parálisis cerebral, epilepsia, convulsiones o cualquier otro trastorno neurológico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Paranoia, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, incluso intentos de suicidio, internación o cualquier otro trastorno o enfermedad mental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Un miembro de la profesión médica con licencia le recomendó que se someta a pruebas, cirugía o tratamiento, o tiene algún resultado de prueba médica pendiente o evaluaciones médicas adicionales que no se han realizado, a excepción de las pruebas relacionadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (virus del sida)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Recibió tratamiento, asesoramiento o consejos de un miembro de la profesión médica con licencia sobre el abuso o uso excesivo de: alcohol, drogas no recetadas, drogas recetadas, narcóticos o cualquier otra sustancia que generen adicción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Utiliza algún aparato médico, como una silla de ruedas, un andador, una cama de hospital u oxígeno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si responde de manera afirmativa a cualquier pregunta médica, indique a qué pregunta médica se refiere su respuesta y anote todas las afecciones médicas y medicamentos, incluidos el oxígeno, la dosis y duración de dicho/s medicamento/s.

Pregunta médica n.º	Afección/es médica/s	Medicamento/s, incluido el oxígeno	Dosis	Duración (desde/hasta)

Si solicita la Cláusula Adicional para Niños, complete esta sección

Complete la información del Niño Asegurado Propuesto para cada niño. Responda "sí" o "no" si el Niño Asegurado Propuesto tiene alguna de las siguientes afecciones médicas. Si alguna de las preguntas médicas se responde de manera afirmativa, el Niño Propuesto no es elegible para la Cláusula Adicional para Niños.

La Cláusula Adicional para Niños no puede exceder el Plan Base o USD 10 000, lo que sea menor.

¿El Asegurado Propuesto fue diagnosticado, dio positivo, recibió tratamiento o le recetaron medicamentos por parte de un miembro de la profesión médica con licencia para cualquiera de las siguientes afecciones médicas?

- | | | | | |
|-----------------------|----------------------|---|--|---|
| 1. Cáncer | 5. Fiebre reumática | 8. Insuficiencia renal o de otro órgano | 11. Problemas o enfermedades del corazón | 13. Cualquier internación de 48 horas o más (dentro del año anterior) |
| 2. Diabetes | 6. Síndrome de Down | 9. Dio positivo en la prueba de VIH | 12. Cualquier trastorno de los nervios | 14. Cualquier trastorno del cerebro, habilidades motoras o convulsiones |
| 3. Hepatitis | 7. Anemia falciforme | 10. Trastorno o enfermedad pulmonar | | |
| 4. Parálisis cerebral | | | | |

Nombre del niño Asegurado Propuesto	Afección médica		Fecha de nacimiento	Edad	Género (M o F)	Relación con el solicitante
	Sí	No				

Nombre del solicitante:

Número de seguridad social:

AVISO AL SOLICITANTE: Por la presente, solicito a Security National Life Insurance Company en Salt Lake City, Utah, que se emita un seguro sobre la veracidad y la integridad de las respuestas a las preguntas anteriores, según mi leal saber y entender, y acepto que: (1) ningún agente tiene la autoridad para rechazar la respuesta a ninguna pregunta en la solicitud; (2) ningún seguro será efectivo hasta que la prima del modo seleccionado se haya pagado en su totalidad y se haya entregado la póliza; y (3) la fecha de vigencia de la póliza será la fecha en que la compañía reciba esta solicitud en la dirección anterior.

AUTORIZACIÓN DE RECETA

Por la presente, autorizo a cualquier proveedor de atención médica, incluido cualquier médico, farmacia, proveedor de recetas, administrador de beneficios de farmacia, hospital o instalación médica relacionada, y cualquier compañía de seguros u otra agencia de informes del consumidor, institución o persona que tenga mis registros o conocimientos sobre mí o mi/s dependiente/s para divulgar a Security National Life Insurance Company (SNL), o su representante autorizado, dichos registros o información. Los registros o la información pueden incluir historias clínicas en su totalidad, que pueden contener registros de salud mental (salvo notas de psicoterapia), registros de medicamentos recetados, registros sobre el uso de alcohol o de sustancias controladas o prohibidas, y registros de conducción. El personal de la Compañía utilizará dichos registros o información para determinar la elegibilidad para el seguro y/o los beneficios. SNL puede divulgar dicha información a su/s reasegurador/es o cualquier otra organización que preste servicios vinculados con la relación de seguro, incluido, entre otros, el agente de seguros, o según lo requiera la ley. Puede haber ciertas circunstancias en las cuales la información recibida puede divulgarse a terceros que no están sujetos a las regulaciones en virtud de la ley federal de privacidad de la salud. Exigimos por contrato que dichas personas acuerden proteger la confidencialidad de la información. Entiendo que tengo derecho a solicitar acceso a toda la información personal recopilada y, previa solicitud por escrito, puedo pedirle a SNL que corrija, enmiende o elimine cualquier información personal incorrecta. Una copia del "Aviso de Privacidad y Aviso de Prácticas de Información de Seguros" de la Compañía está disponible a solicitud.

Esta autorización será válida por un período de dos años a partir de la fecha de la firma para determinar la elegibilidad para el seguro, según lo permita la ley aplicable en el estado donde se emite la póliza para su entrega. Las fotocopias de esta autorización serán tan válidas como la original. Entiendo que yo, o mi representante autorizado, podemos recibir una copia de esta autorización a solicitud. Esta autorización puede revocarse mediante la presentación de una notificación por escrito a la Sede Central. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, su derecho a revocar también está sujeto a los derechos de la Compañía en virtud de cualquier ley que otorgue a la Compañía el derecho a impugnar un reclamo relacionado con la póliza o la póliza en sí misma.

Cualquier persona que, a sabiendas, brinde información falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito y puede estar sujeto a multas en virtud de las leyes del estado.

Fecha en _____ Ciudad _____ Estado _____ Fecha: _____

Nombre del Asegurado Propuesto/Solicitante en imprenta _____

Firma del Asegurado Propuesto/Solicitante _____

Fecha _____

Firma del Titular (si no es el Asegurado Propuesto) _____

Fecha _____

ICC20-FPP1 APP (07/2020)

DECLARACIÓN DEL AGENTE – Certifico que, a mi leal saber y entender:

1. Formulé correctamente todas las preguntas médicas en esta solicitud y registré correctamente todas las respuestas dadas; y
2. todas las respuestas dadas en esta solicitud son verdaderas y completas; y
3. la firma de los asegurados propuestos y/o del solicitante/titular de la póliza (padre/madre/tutor legal) es auténtica y se firmó en mi presencia; y
4. ¿es el Asegurado Propuesto un miembro de la familia inmediata? Sí No; y
5. no conozco ningún factor que afecte la asegurabilidad de los Asegurados Propuestos, excepto lo indicado en esta solicitud; y
6. este seguro CAMBIARÁ NO CAMBIARÁ o reemplazará una póliza de seguro o contrato de anualidad existentes.

Nota: Si se marca "CAMBIARÁ" para la pregunta 6, complete los formularios de reemplazo obligatorios.

Firma del agente: _____

Nombre del agente en imprenta _____

Número de agente: _____

Si la póliza y las comisiones se dividen entre varios agentes, cada agente adicional debe firmar y escribir la división de la comisión.

Firma del agente: _____

Nombre del agente en imprenta _____

Número de agente: _____

División de la comisión: _____



SECURITY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY

P.O. Box 57220 • Salt Lake City, Utah 84157-0220

Oficina: (801) 264-1060 • Línea gratuita: 1 (800) 574-7117

Nombre del solicitante:

Número de seguridad social:

**INFORMACIÓN DEL PAGADOR Y TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS (TEF)
ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA SECURITY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY (SNL)**

Nombre del pagador: _____ Teléfono: _____

Dirección del pagador: _____

Nombre del cliente: _____

Nombre del banco: _____

Dirección del banco: _____

N.º de cuenta corriente: _____ o N.º de caja de ahorro: _____

N.º de tránsito bancario de nueve dígitos: _____

N.º de tarjeta de crédito/débito: _____ Vencimiento: _____ CVV: _____

Autorizo a SNL a iniciar débitos en mi cuenta corriente o caja de ahorro, o cargar a mi tarjeta de crédito o débito indicada anteriormente; además, autorizo a la institución financiera (banco) nombrada a debitar a mi cuenta el pago de mi/s cuenta/s de SNL. Entiendo que esta autorización está sujeta a los términos y las condiciones del acuerdo de TEF.

TÉRMINOS Y CONDICIONES

1. Este acuerdo puede rescindirse con respecto a cualquiera o todos los contratos enumerados a continuación por SNL o por mí mediante notificación por escrito a la otra parte. Hasta que SNL reciba dicha notificación, SNL estará completamente protegida en el giro de la TEF.
2. Entiendo que, si mi banco rechaza cualquier TEF, y si cualquier cantidad mensual adeudada a SNL no se paga dentro del plazo estipulado en el contrato, el contrato caducará, salvo que se disponga lo contrario en dicho documento.
3. Durante la continuación de este acuerdo, SNL no estará obligada a enviar avisos de pago en ningún contrato que yo haya autorizado que se incluya en virtud del presente.
4. En el caso de que cambie de banco o de cuenta bancaria, y desee seguir usando la TEF, debo firmar un nuevo Acuerdo de Autorización.
5. Esta autorización no tendrá vigencia para ningún contrato cuya solicitud esté pendiente, a menos que y hasta que dicho contrato se emita efectivamente y el pago inicial se pague en efectivo a SNL.
6. Pagaré una tarifa por artículo devuelto según lo especificado por el banco o por SNL, por cualquier entrada de débito que se devuelva a SNL por fondos insuficientes.
7. La TEF se aplicará a los siguientes contratos:

Nombre: _____ N.º de contrato: _____

Nombre: _____ N.º de contrato: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Titular de la cuenta autorizado

ICC20-FPP1 APP (07/2020)

RECIBO CONDICIONAL

**ESTE RECIBO NO PROPORCIONA NINGÚN SEGURO HASTA DESPUÉS DE QUE SE CUMPLAN SUS CONDICIONES.
NINGÚN AGENTE DE LA COMPAÑÍA O CORREDOR O CUALQUIER OTRA PERSONA PUEDE RENUNCIAR A NINGUNA DE
ESTAS CONDICIONES.**

Recibí de _____ el _____ (fecha) la suma de USD _____, la primera prima correcta especificada en la solicitud, según las siguientes condiciones:

PRIMERO: Si cada Asegurado Propuesto fuera aceptable y aprobado por Security National Life Insurance Company en Salt Lake City, Utah, como asegurable según las reglas de suscripción de la compañía para el seguro del plan y a la tasa de prima y la cantidad de seguro solicitados en la solicitud para todos los Asegurados Propuestos.

SEGUNDO: Los fondos de la prima para el monto correcto de la prima para el plan de seguro solicitado se han pagado en la primera presentación y los fondos se han acreditado en la cuenta bancaria de Security National Life Insurance Company.

TERCERO: Si la solicitud no se aprueba dentro de los 60 días a partir de la fecha de su firma, se considerará que la solicitud se rechazó y Security National Life Insurance Company no tendrá ninguna responsabilidad.

Firma del agente

Nombre del agente (en imprenta)