

**Solicitud para:**

Seguro de vida con beneficio individual vitalicio  
Seguro de vida con prestación por defunción



**SECURITY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY**

Apartado de correos 57220, Salt Lake City, Utah 84157-0220  
Teléfono: (801) 264-1060 o Línea gratuita: 1 (800) 574-7117

**PLAN DE FIDELIZACIÓN**

<b>Nombre del Asegurado propuesto (en letra de imprenta)</b> Nombre Inicial Apellido			Género	Fecha de nacimiento	Edad	Altura	Peso	
Dirección postal			Ciudad		Estado	Código postal		
Número de teléfono del Asegurado propuesto		Dirección de correo electrónico		Número de seguro social/TIN		Apellido de soltera (si corresponde)		
<b>Nombre del titular (si no es el Asegurado Propuesto):</b> _____								
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____		
Número de teléfono: _____		Dirección de correo electrónico: _____		Relación: _____				
<b>Nombre del pagador (si no es el Asegurado Propuesto):</b> _____								
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____		
Número de teléfono: _____		Dirección de correo electrónico: _____		Relación: _____				
<b>Beneficiario principal:</b> _____				<b>Beneficiario contingente:</b> _____				
Dirección postal: _____				Dirección postal: _____				
Dirección de correo electrónico: _____				Dirección de correo electrónico: _____				
Teléfono: _____ Relación: _____				Teléfono: _____ Relación: _____				
<b>Plan:</b> <input type="checkbox"/> Plan de fidelización – Preferente <input type="checkbox"/> Plan de fidelización – Estándar <input type="checkbox"/> Plan de fidelización – Modificado Devolución de prima a 2 años + 10%		<b>Prima a pagar:</b> <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		<b>Monto nominal de la póliza:</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> <b>Monto nominal de la cláusula adicional ADB:</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> <b>Monto nominal de la cláusula adicional para niños:</b> \$ _____ <b>Prima total:</b> \$ _____				
<b>Monto de la prima pagada con la solicitud:</b> \$ _____ (El cheque debe ser pagadero a Security National Life Insurance Company).								
<b>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</b>								
¿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								
<b>Giro tras aprobación</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Seleccione el primer mes de facturación:</b> enero - diciembre _____ <b>Seleccione el día de facturación:</b> 1ero – 28 _____ <b>O Seleccione la semana de facturación:</b> <input type="checkbox"/> 2do Miércoles <input type="checkbox"/> 3er Miércoles <input type="checkbox"/> 4to Miércoles						
<b>Reemplazo: Si respondió de manera afirmativa a la pregunta de reemplazo n.º 2, complete y envíe el Formulario de Reemplazo obligatorio.</b> 1. ¿Tiene una póliza de seguro de vida o un contrato de anualidad? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. En caso afirmativo, ¿el seguro propuesto reemplazará o cambiará alguna póliza de seguro de vida o contrato de anualidad existentes? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
<b>Nombre del médico del Asegurado propuesto:</b> _____				Número de teléfono: _____				
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____		
<b>Pregunta sobre tabaco/nicotina: ¿Consumió tabaco y/o nicotina en alguna forma en los últimos 12 meses?</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
<b>Si se responde "No" a todas las preguntas médicas de la 1 al 25, el Asegurado propuesto es elegible para el Plan de Fidelización Preferente.</b> <b>PREGUNTAS MÉDICAS (Sección Uno)</b>								
Si se contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas médicas de la Sección Uno, el Asegurado Propuesto no es <b>elegible</b> para ningún Plan de Fidelización. Si responde "No" a todas las preguntas médicas de la Sección Uno, complete las Secciones Dos y Tres.								
<b>¿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?</b>								
							Sí	No
1. ¿Fue tratado o ingresado en los últimos 30 días en un hospital, residencia de ancianos, centro de salud, centro de cuidados a largo plazo, centro de cuidados paliativos, o un médico con licencia le ha aconsejado que permanezca en cama? .....							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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"/>
3. 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"/>
4. ¿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"/>
5. ¿Fue diagnosticado, examinado o tratado en los últimos 90 días por un miembro de la profesión médica con licencia de cualquier tipo de tumor o cáncer (excepto cáncer de piel de células basales)? .....							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En los últimos 6 meses, ¿fue diagnosticado o tratado por un miembro de la profesión médica con licencia por hepatitis C? ¿O han pasado menos de 90 días desde la finalización del tratamiento de la hepatitis C por un miembro de la profesión médica con licencia? .....							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿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, cirrosis hepática, fibrosis quística, aneurisma cerebral no corregido o trasplante de órganos? .....							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Está recibiendo actualmente un tratamiento de diálisis? .....							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico colegiado que padece el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA (ARC) o ha dado positivo en las pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)? .....							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Nombre del Solicitante:</b>	<b>Número de seguridad social:</b>
--------------------------------	------------------------------------

**PREGUNTAS MÉDICAS (Sección Dos)**

Si se responde "**No**" a todas las preguntas médicas de los apartados Uno y Tres, pero "**Sí**" a cualquiera de las preguntas del apartado Dos, el Asegurado propuesto es elegible para el **Plan Estándar de Fidelización**.

**Proporcione detalles completos a continuación con respecto a todas las respuestas "Sí" de la Sección Dos.**

**Sí No**

10. ¿Utiliza menos de 121 unidades al día de cualquier tipo de insulina para cualquier tipo de diabetes? .....

**¿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?**

11. ¿Epilepsia o convulsiones y no ha tenido una convulsión en más de 2 años? Indique la fecha de la última convulsión \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ .....

12. ¿Neuropatía diabética? .....

13. EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) pero no recibe oxígeno y no ha inhalado tabaco ni nicotina de ninguna forma en los últimos 12 meses? .....

**PREGUNTAS MÉDICAS (Sección Tres)**

Si se responde "**Sí**" a una, dos o tres preguntas médicas en la Sección Tres, el Asegurado Propuesto es elegible para el **Plan de Fidelización Modificado** únicamente. Si se responde "**Sí**" a más de tres preguntas médicas del apartado Tres, el Asegurado Propuesto **no es elegible** para ningún Plan de Fidelización.

**Proporcione detalles completos a continuación con respecto a todas las respuestas "Sí" de la Sección Tres.**

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

**Sí No**

14. ¿Angioplastia, implante de stent, revascularización quirúrgica, cirugía de válvulas cardíacas o marcapasos? .....

15. ¿Algún tipo de tumor o cáncer, excepto el cáncer de piel de células basales? .....    
Si ahora no tiene cáncer, indique el tipo de cáncer \_\_\_\_\_ y el mes y año en que fue diagnosticado por un profesional médico con licencia que usted estaba libre de cáncer: \_\_\_/\_\_\_

16. ¿Tumor cerebral, trastornos cerebrales, AIT (Accidente isquémico transitorio) o accidente cerebrovascular de cualquier tipo? .....

17. ¿Enfermedad cardíaca de cualquier tipo, angina de pecho, ataque cardíaco, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), trastorno circulatorio u otros trastornos o afecciones cardíacas? .....

18. ¿Enfermedad pulmonar, enfisema o cualquier otro tipo de enfermedad o afección pulmonar? ¿O enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con uso de oxígeno o ha consumido tabaco y/o nicotina en cualquiera de sus formas en los últimos 12 meses? .....

19. ¿Enfermedad o insuficiencia renal, enfermedad hepática, hepatitis B, enfermedad del páncreas o insuficiencia o enfermedad de otro órgano? O completó el tratamiento de la hepatitis C? .....

20. ¿Diabetes con complicaciones que podrían incluir: coma diabético, shock insulínico, enfermedad o trastorno ocular, amputación, hospitalizado por diabetes, toma de 121 unidades o más de insulina en un periodo de 24 horas, o uso de insulina antes de los 40 años? .....

21. ¿Enfermedad de Parkinson, parálisis, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, distrofia muscular, síndrome de Down, parálisis cerebral, epilepsia, convulsiones o cualquier otro trastorno neurológico? ¿O ha tenido una convulsión en los últimos 2 años? Si tiene convulsiones, indique la fecha de la última convulsión \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ .....

22. ¿Paranoia, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, incluso intentos de suicidio, internación o cualquier otro trastorno o enfermedad mental? .....

23. ¿Un miembro de la profesión médica con licencia le recomendó que se sometiera 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)? .....

24. ¿Recibió tratamiento, asesoramiento o consejos de un miembro de la profesión médica con licencia sobre el abuso o uso excesivo de: alcohol, medicamentos no recetados, medicamentos recetados, estupefacientes o cualquier otra sustancia adictiva? .....

25. ¿Depende del uso de algún aparato médico, como una silla de ruedas, un andador, una cama de hospital u oxígeno? ¿O tuvo una amputación debido a una enfermedad o dolencia? .....

**Proporcione una lista completa de todas las afecciones médicas y medicamentos (incluido el oxígeno), y las dosis y períodos de tiempo de todos los medicamentos. Indique a qué pregunta médica corresponde cada una de sus respuestas.**

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

<b>Nombre del Solicitante:</b>	<b>Número de seguridad social:</b>
<p><b>AVISO AL SOLICITANTE:</b> 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 mencionada arriba.</p> <p style="text-align: center;"><b>AUTORIZACIÓN DE RECETA</b></p> <p>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.</p> <p>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 el documento 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 una 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. Si no firma la Autorización, o si la revoca posteriormente, la Compañía podría ver mermada su capacidad para tramitar su solicitud o evaluar las solicitudes de reembolso, y ello podría constituir un motivo para denegar una solicitud o solicitud de prestaciones.</p> <p><b>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.</b></p> <p>Fecha en: _____ Ciudad _____ Estado _____ Fecha: _____</p> <p>Nombre del Asegurado propuesto/Solicitante en imprenta _____</p> <p>Firma del Asegurado Propuesto/Solicitante _____ Fecha _____</p> <p>Firma del titular (si no es el Asegurado propuesto) _____ Fecha _____</p>	

**ICC22-LP APP (10/2022)**

**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 familiar directo?  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 | Número gratuito: 1 (800) 574-7117

<b>Nombre del Solicitante:</b>	<b>Número de seguridad social:</b>
--------------------------------	------------------------------------

**Si solicita la Cláusula Adicional para Niños, complete esta sección**

Complete la información del Niño Asegurado Propuesto para cada niño.

Responda "Si" o "No" si el Niño Asegurado Propuesto tiene alguna de las siguientes afecciones médicas.  
Si la respuesta a alguna de las preguntas médicas es "Si", el hijo propuesto no puede acceder a la Cláusula Adicional para Niños.

La Cláusula Adicional para Niños no puede exceder el Plan Base o \$10.000, lo que sea menor.

¿Fue diagnosticado, dio positivo en las pruebas, recibió tratamiento o se le recetó medicación parte de un miembro de la profesión médica con licencia por alguna de las siguientes afecciones médicas?

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

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

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

Nombre del pagador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_

Dirección del banco: \_\_\_\_\_

Cuenta corriente     Cuenta de ahorro: \_\_\_\_\_ Número de tránsito bancario de nueve dígitos: \_\_\_\_\_

Tarjeta de crédito/débito: \_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_\_\_ Código de seguridad: \_\_\_\_\_

Autorizo a SNLIC 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 SNLIC. 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 SNLIC o por mí mediante notificación por escrito a la otra parte. Hasta que SNLIC reciba efectivamente dicha notificación, SNLIC estará plenamente protegida en el giro de la TEF.
2. Entiendo que, si mi banco rechaza cualquier TEF, y si cualquier cantidad mensual adeudada a SNLIC 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, SNLIC 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 SNLIC.
6. Pagaré una tarifa por artículo devuelto según lo especificado por el banco o por SNLIC, por cualquier entrada de débito que se devuelva a SNLIC por fondos insuficientes.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del titular Autorizado de la cuenta: \_\_\_\_\_

**ICC22-LP APP (10/2022)**

**RECIBO CONDICIONAL**

**ESTE RECIBO NO PROPORCIONA NINGÚN SEGURO HASTA DESPUÉS DE QUE SE CUMPLAN SUS CONDICIONES.  
NINGÚN AGENTE DE LA COMPAÑÍA O CORREDOR NI NINGUNA OTRA PERSONA PODRÁ CANCELAR NINGUNA DE ESTAS CONDICIONES.**

Recibí de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ (fecha) la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, sujeto a las siguientes condiciones:

**PRIMERO:** El monto ofrecido es la primera prima correcta especificada en la Solicitud.

**SEGUNDO:** Si cada Asegurado Propuesto fuera aceptable y aprobado por Security National Life Insurance Company ("SNLIC") 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.

**TERCERO:** 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 SNLIC.

**CUARTO:** La Solicitud se aprueba dentro de los 60 días siguientes a la fecha de su firma.

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 SNLIC no tendrá ninguna responsabilidad.

Firma del agente \_\_\_\_\_ Nombre del agente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**ICC22-LP APP (10/2022)**