

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



FIRST GUARANTY INSURANCE COMPANY

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

Teléfono: (801) 264-1060 o Línea gratuita: 1 (800) 574-7117

PLAN GUARDIÁN

Nombre del Asegurado propuesto (en letra de imprenta)			Género	Fecha de nacimiento	Edad	Altura	Peso
Nombre	Inicial	Apellido					
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)		
Destinatario secundario (con el propósito de notificar un pago de prima vencido y una posible interrupción de la cobertura).							
Nombre: _____							
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
Nombre del titular (si no es el Asegurado propuesto): _____				Nombre del pagador (si no es el Asegurado Propuesto): _____			
Dirección: _____				Dirección: _____			
Dirección de correo electrónico: _____				Dirección de correo electrónico: _____			
Teléfono: _____ Relación: _____				Teléfono: _____ Relación: _____			
Beneficiario principal: _____				Beneficiario contingente: _____			
Dirección postal: _____				Dirección postal: _____			
Dirección de correo electrónico: _____				Dirección de correo electrónico: _____			
Teléfono: _____ Relación: _____				Teléfono: _____ Relación: _____			
Todas las primas son de nivel		Prima a pagar:			Monto nominal base: \$ _____		
Clase: <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Estándar		<input type="checkbox"/> TEF <input type="checkbox"/> Factura mensual directa <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito/débito			<input type="checkbox"/> Monto nominal del ADB: \$ _____		
<input type="checkbox"/> Modificada (calificado en 3 años)		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual			<input type="checkbox"/> Monto nominal de la		
Pago: <input type="checkbox"/> 10 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> Vitalicio					<input type="checkbox"/> póliza infantil: \$ _____		
Monto de la prima pagada con la solicitud: \$ _____					Prima total: \$ _____		
(El cheque debe ser pagadero a First Guaranty 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, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), jubilación o discapacidad de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Giro tras aprobación		Seleccione el primer mes de facturación: enero - diciembre _____					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Seleccione el día de facturación: 1ero - 28 ____ O Seleccione la semana de facturación: <input type="checkbox"/> 2do Miércoles <input type="checkbox"/> 3er Miércoles <input type="checkbox"/> 4to Miércoles					
Reemplazo: Si respondió de manera afirmativa a la pregunta de reemplazo n.º 2, complete y envíe el Formulario de Reemplazo obligatorio.							
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							
Nombre del médico del Asegurado Propuesto: _____				Número de teléfono: _____			
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
Si se responde "No" a todas las preguntas médicas de la 1 a la 25, el asegurado propuesto es elegible para el plan Guardián de clase preferente.							
PREGUNTAS MÉDICAS (sección uno) – responda todas las preguntas médicas.							
Si alguna pregunta médica en la sección uno se responde con un "SÍ", el asegurado propuesto no es elegible para el plan Guardián.							
¿El asegurado propuesto fue diagnosticado, dio positivo, recibió tratamiento o recibió consejos médicos por parte de un profesional médico con licencia para cualquiera de las siguientes afecciones médicas?:							
						Sí	No
1.	Actualmente o en los últimos 30 días, ¿se le ha tratado o ingresado en un hospital, hogar para adultos mayores, centro de atención médica, centro de atención a largo plazo o centro de cuidados paliativos, o un profesional médico con licencia le ha aconsejado que permanezca en cama?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Un profesional médico con licencia le diagnosticó, analizó o trató por una enfermedad terminal que pueda ocasionar su muerte en los próximos 12 meses?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	En los últimos 30 días, ¿un profesional médico 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, para su higiene personal (bañarse o ir al baño) o trasladarse hacia o desde una cama o silla?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Alguna vez un profesional médico 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"/>
6.	En los últimos 6 meses, ¿fue diagnosticado o tratado por un profesional médico con licencia por hepatitis C? ¿O han pasado menos de 90 días desde la finalización del tratamiento prescrito por un profesional médico con licencia para la hepatitis C?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	En los últimos 2 años, ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó, analizó o trató por algún cáncer interno, melanoma o tumor cerebral?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	En los últimos 2 años, ¿alguna vez un profesional médico con licencia le diagnosticó, analizó o trató por cualquier tipo de enfermedad cardíaca, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), ataque cardíaco, cirugía de corazón, derrame cerebral o cualquier otro trastorno cerebral o intentos de suicidio?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	En los últimos 5 años, ¿recibió tratamiento por adicción, alcoholismo o drogadicción (incluidos medicamentos recetados) por parte de un profesional médico con licencia?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Está recibiendo actualmente un tratamiento de diálisis?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿El asegurado propuesto dio positivo en la prueba de exposición a la infección por el VIH o fue diagnosticado por un profesional médico con licencia con el complejo relacionado con el SIDA (AIDS Related Complex, ARC) o SIDA causado por la infección por el VIH u otra enfermedad o afección derivada de dicha infección?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del Solicitante:	Número de seguridad social:
-------------------------	-----------------------------

PREGUNTAS MÉDICAS (sección dos) – responda todas las preguntas médicas.

Si se responde "No" a todas las preguntas médicas de la sección uno, pero "Sí" a cualquiera de las preguntas de la sección dos, el asegurado propuesto es elegible para el **plan Guardián de clase estándar**.

Dentro de los últimos 5 años, ¿el asegurado propuesto fue diagnosticado, dio positivo, recibió tratamiento, le recetaron medicamentos o recibió consejos médicos de un profesional médico con licencia para cualquiera de las siguientes afecciones médicas?:

	Sí	No
12. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ataque cardíaco sin complicaciones o toma medicamentos anticoagulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Epilepsia o convulsiones y no ha tenido una convulsión en más de 5 años Indique la fecha de la última convulsión ____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 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 tipo de cáncer _____ y el mes y año en que fue diagnosticado como libre de cáncer por un profesional médico con licencia: ____/____		
16. Persona recuperada del alcoholismo o la drogadicción Si corresponde, indique la fecha de recuperación: ____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS MÉDICAS (sección tres) – responda todas las preguntas médicas.

Si alguna pregunta médica en la sección tres se responde con "Sí", el asegurado propuesto solo es elegible para el **plan Guardián de clase modificada**.

Dentro de los últimos 5 años, ¿el asegurado propuesto fue diagnosticado, dio positivo, recibió tratamiento, le recetaron medicamentos o recibió consejos médicos de un profesional médico con licencia para cualquiera de las siguientes afecciones médicas?:

	Sí	No
17. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Trastornos cerebrales, aneurisma cerebral corregido, accidente isquémico transitorio (AIT) (miniaccidente cerebrovascular) o accidentes cerebrovasculares de cualquier tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Enfermedad cardíaca de cualquier tipo, angina de pecho, ataque cardíaco con complicaciones, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), trastorno circulatorio u otros trastornos o afecciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 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"/>
21. 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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Enfermedad de Parkinson, parálisis, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, distrofia muscular, síndrome de Down, parálisis cerebral, epilepsia, convulsiones o cualquier otro trastorno neurológico. Si tiene convulsiones, indique la fecha de la última convulsión ____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Paranoia, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, incluye intentos de suicidio, hospitalización o cualquier otro trastorno o enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. En los últimos 2 años, ¿un profesional médico con licencia le recomendó que se someta a pruebas, cirugía, tratamiento, o tiene resultados de pruebas médicas pendientes o evaluaciones médicas adicionales que no se han realizado, a excepción de las pruebas relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana (virus del SIDA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aporte una lista completa de los medicamentos recetados y anote todas las afecciones médicas y medicamentos, incluidos el oxígeno, la dosis y duración de dichos medicamentos. Si responde "Sí" a cualquier pregunta médica, indique a qué pregunta médica se refiere su respuesta.

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

Nombre del Solicitante:	Número de seguridad social:
<p>AVISO AL SOLICITANTE: por la presente solicito a First Guaranty Insurance Company en Salt Lake City, Utah, la emisión de un seguro basado en la veracidad e integridad de las respuestas a las preguntas anteriores según mi leal saber y entender, y acepto que: (1) ningún agente tiene autoridad para renunciar a la respuesta a ninguna pregunta de la solicitud, (2) ningún seguro entrará en vigor hasta que la prima de la modalidad seleccionada haya sido pagada en su totalidad y la póliza entregada, y (3) la fecha de entrada en vigor de la póliza será la fecha en que esta solicitud sea recibida por la compañía en la dirección indicada anteriormente.</p> <p style="text-align: center;">AUTORIZACIÓN DE RECETA MÉDICA</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 expedientes o conocimientos sobre mí o mi(s) dependiente(s), a divulgar a First Guaranty Insurance Company (FGIC), o a su representante autorizado, dichos expedientes o información. Los expedientes 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 expedientes o información para determinar la elegibilidad para el seguro o los beneficios. FGIC puede divulgar dicha información a su(s) reasegurador(es) o cualquier otra organización que preste servicios vinculados con la relación del 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 FGIC 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 periodo 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 esta el derecho a impugnar una reclamación relacionada 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 sus reclamaciones, y ello podría constituir un motivo para denegar una solicitud o solicitud de reclamación de beneficios.</p> <p>Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una demanda o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.</p> <p> Fechado 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>	

GP APP (01/2023)-FL (SP)

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;
2. Todas las respuestas dadas en esta solicitud son verdaderas y completas;
3. La firma de los asegurados propuestos o del solicitante/titular de la póliza (padre/madre/tutor legal) es auténtica y se firmó en mi presencia;
4. ¿Es el asegurado propuesto un familiar directo? Sí No;
5. No conozco ningún factor que afecte la asegurabilidad del/de los asegurado(s) propuesto(s), 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" en la pregunta 6, complete los formularios de reemplazo obligatorios.

Firma del agente redactor: _____ Número de agente: _____

Nombre del agente redactor en imprenta: _____ Número de licencia de Florida: _____

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 de producción: _____ División de la comisión: _____

Nombre impreso del agente de producción: _____ del agente: _____ Número de licencia de FL: _____



FIRST GUARANTY 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:
--------------------------------	------------------------------------

Si solicita la Cláusula Adicional para Menores, complete esta sección

Complete la información del Menor Asegurado Propuesto para cada menor.

Responda "Sí" o "No" si el Menor Asegurado Propuesto tiene alguna de las siguientes afecciones médicas.

Si la respuesta a alguna de las preguntas médicas es "Sí", el menor propuesto no puede acceder a la Cláusula Adicional para Menores.

La Cláusula Adicional para Menores 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 medicamentos un profesional médico 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 o convulsiones |
| 3. Hepatitis | 6. Síndrome de Down | 9. Dio positivo en la prueba de VIH | 12. Cualquier trastorno de los nervios | |

Nombre del menor asegurado propuesto	Afección médica		Fecha de nacimiento	Edad	Género (M o F)	Relación con el solicitante
	Sí	No				

**INFORMACIÓN DEL PAGADOR Y TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS (EFT)
ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA FIRST GUARANTY INSURANCE COMPANY (FGIC)**

Nombre del pagador: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre del banco: _____

Dirección del banco: _____

Cuenta corriente Cuenta de ahorros: _____ N.º de tránsito bancario de nueve dígitos: _____

N.º de tarjeta de crédito/débito: _____ Exp: _____ Código de seguridad: _____

Autorizo a FGIC a iniciar débitos en mi cuenta corriente o de ahorros, 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 FGIC. Entiendo que esta autorización está sujeta a los términos y las condiciones del acuerdo de transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT).

TÉRMINOS Y CONDICIONES

1. Este acuerdo puede rescindirse con respecto a cualquiera o todos los contratos indicados a continuación por FGIC o por mí mediante aviso por escrito a la otra parte. Hasta que FGIC reciba dicho aviso, estará completamente protegida en el giro de la EFT.
2. Entiendo que, si mi banco rechaza cualquier EFT, y, si cualquier cantidad mensual adeudada a FGIC no se paga dentro del plazo estipulado en el contrato, este se anulará, salvo que se disponga lo contrario en dicho documento.
3. Durante la continuación de este acuerdo, FGIC no estará obligada a enviar ningún aviso 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 EFT, 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 FGIC.
6. Pagaré una tarifa por artículo devuelto según lo especificado por el banco o por FGIC, por cualquier entrada de débito que se devuelva a FGIC por fondos insuficientes.

Fecha: _____ Firma del titular de la cuenta autorizado: _____

GP APP (01/2023)-FL (SP)

RECIBO CONDICIONAL

ESTE RECIBO NO BRINDA 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) el monto de \$ _____, **sueto 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 First Guaranty Insurance Company ("FGIC") como asegurable según las reglas de suscripción de la compañía para el seguro del plan y la tarifa de la prima y el monto 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 FGIC.

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 FGIC no tendrá ninguna responsabilidad.

Firma del agente _____

Nombre en letra de imprenta del agente: _____

GP APP (01/2023)-FL (SP)