

**Solicitud para:**  
Seguro individual de vida entera y seguro  
de vida a término con beneficio 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 GUARDIÁN**

<b>Nombre del asegurado propuesto (en letra de imprenta)</b>			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)	
<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>Todas las primas son niveladas</b>			<b>Forma de pago de la prima:</b>			<b>Monto nominal base:</b> \$ _____	
Clase: <input type="checkbox"/> Preferida <input type="checkbox"/> Estándar			<input type="checkbox"/> Transferencia electrónica de fondos (EFT)			<input type="checkbox"/> <b>Monto nominal por fallecimiento acelerado:</b> \$ _____	
<input type="checkbox"/> Modificada (graduada por 3 años)			<input type="checkbox"/> Factura mensual directa <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito o débito			<input type="checkbox"/> <b>Monto nominal para menores:</b> \$ _____	
Pago: <input type="checkbox"/> 10 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> Vitalicio			<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual			<b>Prima total:</b> \$ _____	
<b>Monto de la prima pagado 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 <u>O</u> la semana de facturación</b>							
¿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							
<b>Giro tras aprobación</b>		<b>Seleccione el primer mes de facturación:</b> enero - diciembre _____					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<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 "Sí" a la pregunta de reemplazo n.º 2, complete y envíe el formulario obligatorio de reemplazo.</b>							
1. ¿Tiene una póliza de seguro de vida o un contrato de anualidad existente? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
2. En caso afirmativo, ¿el seguro propuesto reemplazará o modificará alguna póliza de seguro de vida o contrato de anualidad existente? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<b>Nombre del médico del Asegurado propuesto:</b> _____						<b>Número de teléfono:</b> _____	
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
<b>Si respondió "No" a todas las preguntas médicas de la 1 a la 25, el asegurado propuesto es elegible para la clase preferida del Plan Guardián.</b>							
<b>PREGUNTAS MÉDICAS (sección uno) – responda todas las preguntas médicas.</b>							
Si responde "Sí" a alguna pregunta médica en la sección uno, el asegurado propuesto <b>no es elegible</b> para el Plan Guardián.							
<b>¿El asegurado propuesto obtuvo un diagnóstico, dio positivo, recibió tratamiento o sugerencia médica de parte de un profesional médico con licencia para cualquiera de las siguientes enfermedades?:</b>							
						Sí	No
1.	Actualmente o en los últimos 30 días, ¿se lo trató o ingresó 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 aconsejó que permaneciera en cama? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Un profesional médico con licencia le diagnosticó, hizo pruebas 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 diagnosticó, hizo pruebas o trató en un hospital por motivo de una convulsión? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Necesita ayuda o supervisión para vestirse, comer, realizar tareas de 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.	<b>En los últimos 6 meses,</b> ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó o trató por hepatitis C? ¿O han pasado menos de 90 días desde la finalización del tratamiento para la hepatitis C prescrito por un profesional médico con licencia? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<b>En los últimos 2 años,</b> ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó, hizo pruebas o trató por algún cáncer interno, melanoma o tumor cerebral? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<b>En los últimos 2 años,</b> ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó, hizo pruebas o trató por algún tipo de enfermedad cardíaca, insuficiencia cardíaca crónica (ICC), ataque cardíaco, cirugía de corazón, accidente cerebrovascular o cualquier otro trastorno cerebral o intentos de suicidio? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<b>En los últimos 5 años,</b> ¿recibió tratamiento por adicción o abuso de alcohol o drogas (incluidos los medicamentos recetados) por parte de un profesional médico con licencia? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Recibe actualmente un tratamiento de diálisis? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Alguna vez un profesional médico con licencia le diagnosticó el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA (AIDS Related Complex, ARC) o usted dio positivo en la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Nombre del solicitante:</b>	<b>Número de Seguro Social:</b>
<p><b>AVISO AL SOLICITANTE:</b> por la presente, solicito a Security National Life Insurance Company en Salt Lake City, Utah, la emisión de un seguro basada 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 se haya pagado en su totalidad y se haya entregado la póliza, y (3) la fecha de entrada en vigor de la póliza será la fecha en que la compañía reciba esta solicitud en la dirección indicada anteriormente.</p>	
<b>CONSENTIMIENTO MÉDICO</b>	
<p>Por la presente, autorizo a cualquier proveedor de atención médica, incluido cualquier médico, profesional de la salud, farmacia, proveedor de recetas médicas, administrador de beneficios de farmacia, hospital o instalación prestadora de servicios médicos, y a cualquier compañía de seguros u otro organismo, institución o agente de informes del consumidor que tenga mis registros o conocimientos sobre mí, o sobre quienes dependen de mí, 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 o los beneficios. SNL puede divulgar dicha información a sus reaseguradores o a 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. Es posible que haya ciertas circunstancias en las que la información recibida pueda 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 acepten 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 se proporcionará previa solicitud.</p> <p>El período de validez de esta autorización para determinar la elegibilidad para el seguro será de dos años a partir de la fecha de la firma, según lo permita la ley aplicable en el estado donde se emite la póliza para su entrega. Las fotocopias de esta autorización tendrán la misma validez que el documento original. Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado podemos recibir una copia de esta autorización al solicitarla. 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 afectada su capacidad para tramitar su solicitud o evaluar los reclamos, y ello podría constituir un motivo para denegar una solicitud o un reclamo 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 estar sujeta a multas en virtud de las leyes estatales.</b></p>	
Fechado en: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>Ciudad</span> <span>Estado</span> </div>	Fecha: _____
Nombre en letra de imprenta del asegurado propuesto o solicitante _____	
Firma del asegurado propuesto o solicitante _____	Fecha _____
Firma del titular (si no es el asegurado propuesto) _____	Fecha _____

**ICC23-GP APP (01/2023)**

**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 están completas;
3. La firma de los asegurados propuestos o del solicitante o titular de la póliza (padre, madre o tutor legal) es auténtica y se hizo en mi presencia;
4. ¿Es el asegurado propuesto un familiar directo?  Sí  No;
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 existente.

**Nota:** si se marca "Sí" en la pregunta 6, complete los formularios obligatorios de reemplazo.

Firma del agente: \_\_\_\_\_

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

Número del agente: \_\_\_\_\_

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

Firma del agente: \_\_\_\_\_

Número de agente: \_\_\_\_\_

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

División de la comisión: \_\_\_\_\_



**SECURITY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY**  
 PO Box 57220 | Salt Lake City, Utah 84157-0220  
 Oficina: (801) 264-1060 | Línea gratuita: 1 (800) 574-7117

<b>Nombre del solicitante:</b>	<b>Número de Seguro Social:</b>			
<b>Si solicita la cláusula adicional para menores, complete esta sección</b>				
Complete la información del menor asegurado propuesto para cada uno de ellos. <b>Responda "Sí" o "No" si el menor asegurado propuesto tiene alguna de las siguientes enfermedades.</b> <b>Si la respuesta a alguna de las preguntas médicas es "Sí", el menor propuesto no es elegible para la cláusula adicional para menores.</b> <b>La cláusula adicional para menores no puede exceder el valor que sea menor entre el plan base y 10 000 USD.</b> ¿El menor asegurado propuesto recibió un diagnóstico, dio positivo, recibió tratamiento o se le recetaron medicamentos de parte de un profesional médico con licencia para alguna de las siguientes enfermedades?:				
1. Cáncer	4. Parálisis cerebral	7. Insuficiencia renal o de otro órgano	10. Trastorno o enfermedad pulmonar	13. Cualquier caso de hospitalización de 48 horas o más (en 1 año)
2. Diabetes	5. Fiebre reumática	8. Anemia de células falciformes	11. Problemas o enfermedades cardíacas	14. Cualquier trastorno cerebral o de las habilidades motrices, o convulsiones
3. Hepatitis	6. Síndrome de Down	9. Resultado positivo en la prueba de VIH	12. Cualquier trastorno de los nervios	

Nombre del menor asegurado propuesto	Enfermedad		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 SECURITY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY ("SNLIC")**

Nombre del pagador: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Dirección del banco: \_\_\_\_\_

Cuenta corriente     N.º de cuenta de ahorros: \_\_\_\_\_ N.º de ruta bancaria de nueve dígitos: \_\_\_\_\_

N.º de tarjeta de crédito o débito: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Código de seguridad (CCU): \_\_\_\_\_

Doy autorización a SNLIC para iniciar débitos en mi cuenta corriente o de ahorros, o hacer cobros a la tarjeta de crédito o débito indicada anteriormente; además, autorizo a la institución financiera (banco) nombrada a debitar a mi cuenta el pago de mis cuentas de SNLIC. 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. Previa notificación por escrito a la otra parte, tanto yo como SNLIC podemos rescindir este acuerdo con respecto a cualquiera o todos los contratos indicados a continuación. Hasta que SNLIC reciba la notificación correspondiente, estará protegida por completo al realizar el débito automático de la transferencia electrónica de fondos (EFT).
2. Entiendo que, si mi banco rechaza cualquier transferencia electrónica de fondos (EFT) y si cualquier cantidad mensual adeudada a SNLIC no se paga dentro del plazo estipulado en el contrato, este quedará anulado, salvo que se disponga lo contrario en el mismo.
3. Durante la vigencia de este acuerdo, SNLIC no se verá obligada a enviar avisos de pago por ningún contrato que yo haya autorizado a incluir en el presente.
4. En el caso de que cambie de banco o cuenta bancaria y desee seguir usando la modalidad de transferencia electrónica de fondos (EFT), debo firmar un nuevo acuerdo de autorización.
5. Esta autorización no tendrá vigencia para ningún contrato que tenga alguna solicitud pendiente, a menos que y hasta que dicho contrato se emita y se haga el pago inicial en efectivo a SNLIC.
6. Según lo especificado por el banco o por SNLIC, pagaré una tarifa por artículo devuelto por cualquier cargo que se le devuelva a SNLIC debido a fondos insuficientes.

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

**ICC23-GP APP (01/2023)**

**RECIBO CONDICIONAL**

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

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

**PRIMERO:** El monto ofrecido corresponde a la primera prima especificada en la solicitud.

**SEGUNDO:** Cada asegurado propuesto es aceptable y se ha aprobado por Security National Life Insurance Company ("SNLIC") como asegurable, de acuerdo con las reglas de suscripción de SNLIC para el seguro del plan y con la tarifa de la prima y el monto de seguro solicitados en el formulario respectivo de cada asegurado propuesto.

**TERCERO:** Los fondos de la prima para el monto correcto para el plan de seguro solicitado se pagaron en la primera presentación y se acreditaron 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 en letra de imprenta del agente: \_\_\_\_\_

**ICC23-GP APP (01/2023)**