

Solicitud para:

Seguro individual de vida entera y seguro de vida con prestación por defunción



SECURITY NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY

Apartado postal: 57220, Salt Lake City, Utah 84157-0220

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

PLAN DE FIDELIZACIÓN

Nombre del asegurado propuesto (en letra de imprenta) 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/Números de identificación fiscal (TIN)		Apellido de soltera (si corresponde)	
Nombre del titular (si no es el asegurado propuesto): _____							
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
Número de teléfono: _____		Dirección de correo electrónico: _____		Relación: _____			
Nombre del pagador (si no es el asegurado propuesto): _____							
Dirección: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
Número de teléfono: _____		Dirección de correo electrónico: _____		Relación: _____			
Beneficiario principal: _____				Beneficiario contingente: _____			
Dirección postal: _____				Dirección postal: _____			
Dirección de correo electrónico: _____				Dirección de correo electrónico: _____			
Teléfono: _____ Relación: _____				Teléfono: _____ Relación: _____			
Plan: <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 %		Prima a pagar: <input type="checkbox"/> Transferencia electrónica de fondos (EFT) <input type="checkbox"/> Factura mensual directa <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito o débito <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual		Monto nominal de la póliza: \$ _____ <input type="checkbox"/> Monto nominal de la cláusula adicional de beneficio por fallecimiento adelantado (ADB): \$ _____ <input type="checkbox"/> Monto nominal de la cláusula adicional para niños: \$ _____			
Monto de la prima pagada con la solicitud: \$ _____ (El cheque debe ser pagadero a Security National Life Insurance Company).				Prima total: \$ _____			
Elija una opción de facturación: Seleccione el mes de facturación <u>Y</u> seleccione el día de facturación, O BIEN la semana de facturación							
¿El asegurado propuesto recibe seguro social, seguro social por discapacidad, seguro de ingreso suplementario (SSI), jubilación para veteranos o discapacidad para veteranos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Borrador previa aprobación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Seleccione el primer mes de facturación: enero - diciembre _____ Seleccione el día de facturación: 1.º - 28.º <u>O</u> seleccione la 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 "Sí", 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 se responde "No" a todas las preguntas médicas del 1 al 24, el Asegurado propuesto es elegible para el Plan de Fidelización Preferente. PREGUNTAS MÉDICAS (Sección uno)							
Si se contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas médicas de la sección uno, el asegurado propuesto no es elegible para ningún Plan de Fidelización. Si responde "No" a todas las preguntas médicas de la sección uno, complete las secciones dos y tres.							
¿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. ¿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? ¿Fue diagnosticado, sometido a pruebas o tratado por un médico con licencia de una enfermedad terminal con resultado de 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. ¿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"/>
5. 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"/>
6. ¿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"/>
7. ¿Está recibiendo actualmente un tratamiento de diálisis?							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico colegiado que padece el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA (AIDS Related Complex, ARC) o ha dado positivo en las pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)?							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nombre del solicitante:

Número de seguro social:

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

9. ¿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?

10. Epilepsia o convulsiones y no ha tenido una convulsión en más de 2 años Indique la fecha de la última convulsión ___/___/_____

11. Neuropatía diabética

12. EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) pero no le administran 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

13. Angioplastia, implante de stent, revascularización quirúrgica, cirugía de válvulas cardíacas o marcapasos

14. 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: ___/___

15. Tumor cerebral, trastornos cerebrales, AIT (accidente isquémico transitorio) o accidente cerebrovascular de cualquier tipo

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

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

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

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

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

21. Paranoia, esquizofrenia, trastorno depresivo grave, que incluye intentos de suicidio, internación o cualquier otro trastorno o enfermedad mental

22. Un miembro de la profesión médica con licencia le recomendó que se someta a pruebas, cirugía o tratamiento, o tiene pendiente algún resultado de prueba médica 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)

23. 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

24. Depende del uso de algún aparato médico, como una silla de ruedas, un andador, una cama de hospital u oxígeno O bien, 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	Enfermedad(es)	Medicamento(s), incluido el oxígeno	Dosis	Duración (desde/hasta)

Nombre del solicitante:	Número de seguro social:
<p>AVISO AL SOLICITANTE: por la presente solicito a Security National Life 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 de 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 arriba indicada.</p> <p style="text-align: center;">CONSENTIMIENTO MÉDICO</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 Security National Life Insurance Company ("SNLIC"), 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. SNLIC 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 SNLIC 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>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 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, conscientemente y con la intención de perjudicar, 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 en letra de imprenta del asegurado propuesto o solicitante _____ </p> <p> Firma del asegurado propuesto o solicitante _____ Fecha _____ </p> <p> Firma del titular (si no es el asegurado propuesto) _____ Fecha _____ </p>	

LP1 APP (10/2022)-SC

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 **SÍ** **NO** cambiará o reemplazará una póliza de seguro o contrato de anualidad existente.

Nota: Si se marca "Sí" 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: _____

Número de agente: _____

Nombre del agente en imprenta: _____

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

Nombre del solicitante:	Número de seguro 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 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 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 transferencia electrónica de fondos (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: _____

LP1 APP (10/2022)-SC

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 _____ USD, **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 del agente en letra de imprenta: _____

LP1 APP (10/2022)-SC