

Solicitud para:

Seguro de vida con beneficio individual vitalicio
Seguro de vida a término con beneficio por fallecimiento



FIRST GUARANTY INSURANCE COMPANY

Oficina administrativa: 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) 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: _____ Dirección postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Relación: _____	Beneficiario contingente: _____ Dirección postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
--	--

Todas las primas son niveladas Clase: <input type="checkbox"/> Preferida <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Modificada (graduada por 3 años) Pago: <input type="checkbox"/> 10 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> Vitalicio	Prima a pagar: <input type="checkbox"/> Transfencia 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 base: USD _____ <input type="checkbox"/> Monto nominal por fallecimiento acelerado: USD _____ <input type="checkbox"/> Monto nominal para menores: USD _____ Prima total: USD _____
Monto de la prima pagada con la solicitud: USD _____ (El cheque debe ser pagadero a First Guaranty Insurance Company).		

Elija una opción de facturación: seleccione el mes de facturación Y seleccione el día de facturación, O BIEN 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)? Sí No

Borrador previa aprobación Sí No

Seleccione el primer mes de facturación: de enero a diciembre _____
Seleccione el día de facturación: 1.º - 28.º ____ **O seleccione la semana de facturación:** 2.º miércoles 3.º miércoles 4.º miércoles

Reemplazo: Si respondió "Sí" a la pregunta de reemplazo n.º2, complete y envíe el formulario obligatorio de reemplazo.

1. ¿Tiene una póliza de seguro de vida o un contrato de anualidad? Sí No
 2. En caso afirmativo, ¿el seguro propuesto reemplazará o modificará alguna póliza de seguro de vida o contrato de anualidad existente? Sí No

Nombre del médico del asegurado propuesto: _____ Número de teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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.

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 lo diagnosticó, analizó o trató médicamente por una enfermedad terminal que es probable que ocasione la muerte en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En los últimos 30 días, ¿un profesional médico con licencia lo 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, 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, ¿un profesional médico con licencia lo diagnosticó o trató 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 lo diagnosticó, analizó o trató por algún cáncer interno, melanoma o tumor cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En los últimos 2 años, ¿un profesional médico con licencia lo 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 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. ¿Está recibiendo actualmente un tratamiento de diálisis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico colegiado que padece el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o dio positivo en la prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del solicitante:	Número de Seguro 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. ¿Tiene asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha tenido un ataque cardíaco sin complicaciones o toma medicamentos anticoagulantes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Tiene epilepsia o convulsiones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si tiene epilepsia o convulsiones, indique si ha tenido una convulsión en los últimos 5 años. Fecha de la última convulsión ____/____/____ | | |
| 15. ¿Tiene 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 libre de cáncer por un profesional médico con licencia: ____/____ | | |
| 16. En los últimos 10 años, ¿recibió tratamiento, asesoramiento o consejos de un profesional médico con licencia sobre el abuso o consumo excesivo de: alcohol, medicamentos no recetados, medicamentos recetados, estupefacientes o cualquier otra sustancia adictiva? | <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 por un profesional médico con licencia para cualquiera de las siguientes afecciones médicas?

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| 17. ¿Tiene diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Tiene trastornos cerebrales, aneurisma cerebral corregido, accidente isquémico transitorio (mini accidente cerebrovascular) o accidentes cerebrovasculares de cualquier tipo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Padece de alguna 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. ¿Padece de alguna enfermedad pulmonar, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o cualquier otro tipo de enfermedad o afección pulmonar o respiratoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Tiene 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Tiene 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. ¿Sufre de paranoia, esquizofrenia, trastorno depresivo grave, que incluye intentos de suicidio, internación 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 bien, ¿tuvo una amputación debido a una enfermedad o dolencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Proporcione una lista completa de los medicamentos recetados y anote todas las enfermedades y medicamentos, entre ellos el oxígeno, la dosis y duración de dichos medicamentos. Si responde "Sí" a cualquier pregunta médica, indique a cuál de ellas se refiere su respuesta

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 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</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 First Guaranty Insurance Company (FGIC), 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 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>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 yo, o mi representante autorizado, podemos recibir una copia de esta autorización a solicitud. Esta autorización puede revocarse mediante la presentación de un aviso por escrito a la Oficina Administrativa. 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>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.</p> <p> Fechado en: _____ Ciudad _____ Estado _____ 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 _____ </p>	

ICC24-GP APP (01/2024)

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 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: _____



FIRST GUARANTY INSURANCE COMPANY
 P.O. Box 57220
 Salt Lake City, Utah 84157-0220

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 USD 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 |
| 2. Diabetes | 5. Fiebre reumática | 8. Anemia de células falciformes | 11. Problemas o enfermedades cardíacas |
| 3. Hepatitis | 6. Síndrome de Down | 9. Resultado positivo en la prueba de VIH | 12. Cualquier trastorno de los nervios |
| | | | 13. Cualquier caso de hospitalización de 48 horas o más (en 1 año) |
| | | | 14. Cualquier trastorno cerebral o de las habilidades motrices, o convulsiones |

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 FIRST GUARANTY INSURANCE COMPANY (FGIC)**

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): _____

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 autorizado de la cuenta: _____

ICC24-GP APP (01/2024)

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 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 del agente en letra de imprenta: _____

ICC24-GP APP (01/2024)