

Solicitud para:
Seguro de vida con beneficio individual vitalicio y Seguro de vida a término con beneficio por fallecimiento



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 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"/> 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		Monto nominal de la póliza: USD _____ <input type="checkbox"/> Monto nominal de la cláusula adicional ADB: USD _____ <input type="checkbox"/> Monto nominal de la cláusula adicional para niños: 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 <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, Supplemental Security Income (SSI, Seguro de Ingreso Suplementario), jubilación para veteranos y/o discapacidad para veteranos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Giro tras aprobación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 2.º miércoles <input type="checkbox"/> 3.º miércoles <input type="checkbox"/> 4.º 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: _____								
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 de la 1 al 25, 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 profesional médico 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?							<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 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 profesional médico 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 profesional médico con licencia por hepatitis C? ¿O han pasado menos de 90 días desde la finalización del tratamiento de la hepatitis C por un profesional médico con licencia?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿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"/>
8. ¿Está recibiendo actualmente un tratamiento de diálisis?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un profesional médico con licencia que padece el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el 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:
<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 tanto yo como mi representante autorizado podemos recibir una copia de esta autorización al solicitarla. 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-LP 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 "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: _____

Número de agente: _____

Nombre del agente en imprenta: _____

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 | 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 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 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 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-LP 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-LP APP (01/2024)