



PLAN DE FIDELIZACIÓN

Asegurado propuesto

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento	Edad	Altura	Peso
				____ / ____ / ____		____ ft ____ in	
Dirección postal			Ciudad		Estado	Código postal	
N.º de teléfono () -		Correo electrónico		Núm. de Seguro social (SSN) / Núm. de ID fiscal (TIN) _____ - _____ - _____			

Titular (si es diferente al Asegurado propuesto)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	N.º de teléfono () -	Correo electrónico	Parentesco
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de Seguro social (SSN) / Núm. de ID fiscal (TIN) _____ - _____ - _____

Beneficiario principal

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Dirección postal			Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono () -	Correo electrónico	Parentesco	N.º de teléfono () -	Email	Parentesco

¿Consumió tabaco y/o nicotina en alguna forma en los últimos 12 meses? Sí No

Preguntas médicas: Sección uno

Si se contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas de la Sección uno, el Asegurado propuesto **no es elegible** para ningún Plan de fidelización.

- ¿En los últimos 30 días ha estado postrado en cama, ha necesitado ayuda para realizar las actividades de la vida diaria o ha sido internado en un hospital, un centro de atención para personas mayores, un centro de cuidados a largo plazo, un centro de cuidados paliativos o ha recibido tratamiento de diálisis? Sí No
- En los últimos 90 días, ¿tuvo una convulsión, o un profesional médico con licencia le diagnosticó cualquier tipo de tumor o cáncer (excepto carcinoma basocelular) o le hizo pruebas, lo trató o lo asesoró con relación a esto?... Sí No
- ¿Dio positivo alguna vez en la prueba de exposición a la infección por VIH o le diagnosticaron CRS o SIDA causado por la infección por VIH u otra enfermedad o afección derivada de dicha infección? Sí No
- ¿Alguna vez un profesional médico con licencia le diagnosticó alguna de las siguientes afecciones, determinó que tuvo un resultado positivo en una prueba de alguna de ellas o le dio tratamiento por alguna de ellas?
 - ¿Alzheimer, demencia, ELA (enfermedad de Lou Gehrig), anemia de células falciformes, cirrosis hepática, fibrosis quística, aneurisma cerebral no corregido, trasplante de órganos o hepatitis C no tratada? Sí No
 - ¿Tiene una esperanza de vida de doce (12) meses o menos? Sí No

Preguntas médicas: Sección dos

Si se responde "Sí" a cualquiera de las preguntas de la Sección dos, el Asegurado propuesto solo será elegible para el **Plan modificado**.

Si se responde "Sí" a más de tres de las preguntas de la Sección dos, el Asegurado propuesto **no es elegible** para ningún Plan de fidelización.

- En los últimos dos años, ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó cualquiera de las siguientes afecciones, le recetó medicamentos, lo trató, lo asesoró o le hizo pruebas que dieron un resultado positivo en relación con estas?
 - Enfermedades o trastornos cardíacos o circulatorios de cualquier tipo, lo que incluye insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), infarto o cirugía cardíaca Sí No
 - Enfermedades o trastornos cerebrales de cualquier tipo, corrección de aneurisma cerebral o accidente cerebrovascular ... Sí No
 - Cáncer o tumores de cualquier tipo, excepto carcinoma basocelular Sí No
 - Enfermedades o trastornos pulmonares, incluida la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Sí No
 - Enfermedades, trastornos o insuficiencia del riñón, hígado, páncreas u otros órganos, incluida la hepatitis B o C Sí No
 - Diabetes con complicaciones, que incluyen: amputación, coma diabético, enfermedades o trastornos oculares, o uso de insulina antes de los 40 años Sí No
 - Enfermedades o trastornos neurológicos o mentales Sí No
 - Alcoholismo o adicción a las drogas, incluidos los medicamentos con receta médica Sí No

Nombre del solicitante:		SSN / TIN:	
Responsable del pago <input type="checkbox"/> Mismo que el Asegurado <input type="checkbox"/> Mismo que el Titular			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Número de teléfono () -			
Dirección postal		Ciudad	Estado
Correo electrónico		Código postal	
Pago		Nombre del banco	
<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Caja de ahorros		N.º de cuenta	N.º de ruta
<input type="checkbox"/> Crédito/débito	N.º de tarjeta		Caducidad
CVV			
<p>Autorizo a FGIC a iniciar débitos en mi cuenta corriente o de ahorros, o a cobrar a través de mi tarjeta de crédito o débito indicada anteriormente; además, autorizo a la institución financiera (banco) nombrada a debitar de mi cuenta el pago de mis cuentas de FGIC. Entiendo que esta autorización está sujeta a los términos y las condiciones del acuerdo de transferencia electrónica de fondos (TEF).</p> <p>TÉRMINOS Y CONDICIONES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Previa notificación por escrito a la otra parte, tanto yo como FGIC podemos rescindir este acuerdo con respecto a cualquiera o todos los contratos enumerados a continuación. Hasta que FGIC reciba dicha notificación, FGIC estará completamente protegida en el giro de la TEF. 2. Entiendo que, si mi banco rechaza cualquier TEF, y, si cualquier cantidad mensual adeudada a FGIC no se paga dentro del plazo estipulado en el contrato, el contrato caducará, 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 TEF, 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 realice el pago inicial 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: _____			
<p>Destinatario secundario Con el propósito de notificar un pago de prima vencido y una posible interrupción de la cobertura.</p> <p>Reemplazo: Si respondió "Sí" a la pregunta de reemplazo n.º 2, complete y envíe el formulario de reemplazo obligatorio.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 			
<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 la autoridad para evadir la respuesta a ninguna pregunta en 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 mencionada anteriormente.</p>			

LP APP (08/2025)-FL



Nombre del solicitante:	SSN / TIN:
-------------------------	------------

Autorización de receta médica

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 relacionada con la atención médica, y a cualquier compañía de seguros u otro agente de informes del consumidor, institución o persona que tenga mis registros o conocimientos sobre mí o sobre mis dependientes a divulgar a First Guaranty Insurance Company (FGI), 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. FGI puede divulgar dicha información a sus reaseguradores o a cualquier otro individuo u 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 FGI 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.

Esta autorización será válida por un período 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 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 en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito a la Sede Central. 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 esto podría constituir un motivo para denegar una solicitud o un reclamo de prestaciones.

Cualquier persona que, a sabiendas 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.

Fechado en: _____	Fecha: _____ / _____ / _____
Ciudad _____	Estado _____
Nombre en letra de imprenta del Asegurado propuesto/Solicitante _____	
Firma del Asegurado Propuesto/Solicitante _____	
Firma del Titular (si no es el Asegurado propuesto) _____	

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/Titular de la póliza (padre, madre o tutor legal) es auténtica y se hizo en mi presencia;
4. ¿es el Asegurado propuesto un familiar? **Sí** **No**; y
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 ni reemplazará ninguna 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 redactor: _____ Número del agente: _____

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

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 de producción: _____ División de comisiones: _____

Nombre del agente de producción en letra de imprenta: _____ Número de agente _____

Número de licencia de Florida _____

LP APP (08/2025)-FL

RECIBO CONDICIONAL

ESTE RECIBO NO PROPORCIONA 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 como asegurable según las reglas de suscripción de FGIC para el seguro del plan y a la tasa 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 del 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 ha rechazado y FGIC no tendrá ninguna responsabilidad.

Firma del agente: _____ Nombre del agente en letra de imprenta: _____

LP APP (08/2025)-FL