



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 ____ ft ____ in	Peso
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				Beneficiario contingente			
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?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.							
1. ¿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?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
2. 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?... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
3. ¿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?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
4. ¿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? A. ¿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?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No B. ¿Tiene una esperanza de vida de doce (12) meses o menos?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.							
5. 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? A. Enfermedades o trastornos cardíacos o circulatorios de cualquier tipo, lo que incluye insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), infarto o cirugía cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No B. Enfermedades o trastornos cerebrales de cualquier tipo, corrección de aneurisma cerebral o accidente cerebrovascular ... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No C. Cáncer o tumores de cualquier tipo, excepto carcinoma basocelular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No D. Enfermedades o trastornos pulmonares, incluida la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No E. Enfermedades, trastornos o insuficiencia del riñón, hígado, páncreas u otros órganos, incluida la hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No F. Diabetes con complicaciones, que incluyen: amputación, coma diabético, enfermedades o trastornos oculares, o uso de insulina antes de los 40 años <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No G. Enfermedades o trastornos neurológicos o mentales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No H. Alcoholismo o adicción a las drogas, incluidos los medicamentos con receta médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

Nombre del solicitante:

SSN / TIN:

Preguntas médicas - Sección dos (continuación)

6. ¿Le aconsejó un profesional médico con licencia que se someta a pruebas diagnósticas, cirugías o tratamientos relacionados con alguna de las preguntas mencionadas anteriormente, que no se completaron o de los que no se recibieron resultados, excluyendo aquellos relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana (virus del SIDA)?.....

☐ Sí ☐ No
7. ¿Le hicieron una amputación debido a una enfermedad, o depende de dispositivos médicos como silla de ruedas, andador u oxígeno?.....

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta a todas las preguntas médicas es “No”, el Asegurado propuesto es elegible para el Plan preferente.

Lista de medicamentos Proporcione una lista completa de medicamentos (incluido el oxígeno), así como las dosis y los períodos de tiempo para todos los medicamentos.

Afecciones médicas	Medicamentos, incluido el oxígeno	Dosis	Periodo del tratamiento (fecha de inicio/finalización)

Nombre del médico del Asegurado propuesto:

Número de teléfono: () Ciudad: Estado: Código postal:

Cláusula adicional para menores Si solicita una cláusula adicional para menores, complete esta sección.

Responda “Sí” o “No” si el Menor 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 los USD 10 000, el monto que sea menor.

- ¿Alguna vez un profesional médico con licencia le diagnosticó al Menor propuesto alguna de las siguientes afecciones, determinó que tuvo un resultado positivo en una prueba de alguna de ellas, le brindó tratamiento o le recetó medicamentos para alguna de ellas?:
1. Cáncer

2. Diabetes

3. Hepatitis

4. Parálisis cerebral

5. Fiebre reumática

6. Síndrome de Down

7. Insuficiencia renal o de otro órgano

8. Anemia de células falciformes

9. Trastorno o enfermedad pulmonar

10. Problemas o enfermedades del corazón

11. Cualquier trastorno de los nervios

12. Cualquier caso de hospitalización de 48 horas o más (en 1 año)

13. Cualquier trastorno cerebral, de las habilidades motrices o convulsiones

14. Dio positivo en la prueba de exposición a la infección por VIH o ha sido diagnosticado con CRS o SIDA causado por la infección por VIH u otra enfermedad o afección derivadas de dicha infección

Nombre de cada Menor propuesto	Afección médica		Fecha de nacimiento	Edad	Género	Relación con el solicitante
	Sí	No				
			/ /		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
			/ /		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
			/ /		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
			/ /		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
			/ /		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

Plan y prima

Plan: ☐ Preferente ☐ Modificado (devolución de prima a 2 años + 10 %)

Método de pago de prima: ☐ Transferencia electrónica de fondos
☐ Factura mensual directa ☐ Tarjeta de débito/crédito

Frecuencia: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Monto nominal de la póliza: USD

☐ Monto nominal del Beneficio por fallecimiento adelantado (ADB): USD

☐ Monto nominal de la cláusula adicional para menores USD

Prima total: USD

¿Disposición automática de préstamo de prima? ☐ Sí

Fecha de retiro inicial: Y día o semana de la facturación periódica:

Month (enero-diciembre) Fecha (1st-28th)

☐ Día de facturación: Fecha (1st-28th)
☐ O semana de facturación: ☐ Segundo miércoles ☐ Tercer miércoles ☐ Cuarto miércoles

Si la póliza no puede emitirse antes de la fecha de retiro inicial, el retiro se procesará en la siguiente fecha disponible después de la aprobación.

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	
			N.º de teléfono () -		
Dirección postal			Ciudad		Estado Código postal
Correo electrónico			Parentesco		
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
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).					
TÉRMINOS Y CONDICIONES					
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:					
Destinatario secundario Con el propósito de notificar un pago de prima vencido y una posible interrupción de la cobertura.					
Reemplazo: Si respondió "Sí" 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 existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
2. 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					
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.					

LP APP (08/2025)-FL



FIRST GUARANTY INSURANCE COMPANY
P.O. Box 57220, Salt Lake City, Utah 84157-0220
Teléfono: (801) 264-1060 o número gratuito: 1 (800) 574-7117

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		Fecha: ____ / ____ / ____	
Firma del Titular (si no es el Asegurado propuesto)		Fecha: ____ / ____ / ____	

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: _____
-------------------------	-----------------------------------------------