



PLAN GUARDIÁN

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		Relación	
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal	Núm. de Seguro social (SSN) / Núm. de ID fiscal (TIN) _____ - _____ - _____		
Primary Beneficiary				Contingent Beneficiary			
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		Relación	N.º de teléfono () -	Correo electrónico		Relación
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 guardián.							
<p>1. ¿En los últimos 30 días estuvo postrado en cama, necesitó ayuda para hacer las actividades cotidianas o lo internaron en un hospital, un hogar de ancianos, un centro de atención a largo plazo, un centro de cuidados paliativos, tuvo una convulsión o recibió tratamiento de diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. En los últimos dos años, ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó, le realizó pruebas, lo trató o le brindó asesoramiento para alguna de las siguientes afecciones?</p> <p>A. Algún tipo de tumor o cáncer (excepto cáncer de piel de células basales), enfermedad cerebral, trastornos, accidente cerebrovascular o intentos de suicidio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>B. Alguna enfermedad cardíaca o circulatoria, lo que incluye insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), infarto o cirugía cardíaca.. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. En los últimos cinco años, ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó, lo trató, le recetó medicamentos o le brindó asesoramiento para alguna de las siguientes afecciones?</p> <p>A. Alcoholismo o adicción a las drogas, incluidos los medicamentos con receta médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>B. ¿Tiene una esperanza de vida de doce (12) meses o menos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Alguna vez un profesional médico con licencia le diagnosticó alguna de las siguientes afecciones, lo trató o le hizo pruebas que dieron un resultado positivo en relación con estas?</p> <p>A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>B. Alzheimer, demencia, ELA (enfermedad de Lou Gehrig), anemia drepanocítica, cirrosis hepática, fibrosis quística, aneurisma cerebral no corregido, trasplante de órganos o hepatitis C no tratada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>							
Preguntas médicas: sección dos							
Si alguna de las preguntas de la sección 2 se responde "Sí", el Asegurado propuesto es elegible para el Plan estándar.							
<p>5. En los últimos cinco años, ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó, lo trató, le recetó medicamentos o le brindó asesoramiento por el asma, la epilepsia, las convulsiones, cualquier tumor o cáncer (excepto el cáncer de piel de células basales) o tomó medicamentos anticoagulantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. En los últimos diez años, ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó, lo trató, le recetó medicamentos o brindó asesoramiento por abuso de alcohol o drogas, incluidos los medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>							
Preguntas médicas: sección tres							
Si se responde "Sí" a alguna pregunta de la sección tres, el Asegurado propuesto solo será elegible para el Plan modificado.							
<p>7. ¿Un profesional médico con licencia le hizo una amputación debido a una enfermedad o depende de una silla de ruedas, un andador u oxígeno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. En los últimos cinco años, ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó, lo trató, le recetó medicamentos o le brindó asesoramiento por alguna de las siguientes afecciones?</p> <p>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</p>							

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

Preguntas médicas: sección tres (continuación)

- B. ¿Tiene diabetes? Sí No
 C. Enfermedades o trastornos cerebrales de cualquier tipo, corrección de aneurisma cerebral o accidente cerebrovascular ... Sí No
 D. Enfermedades o trastornos pulmonares, incluida la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)..... Sí No
 E. Enfermedades, trastornos o insuficiencia del riñón, hígado, páncreas u otros órganos, incluida la hepatitis B o C Sí No
 F. Enfermedades o trastornos neurológicos o mentales..... Sí No
9. En los últimos dos años, ¿un profesional médico con licencia le aconsejó que se someta a pruebas de diagnóstico, cirugías o tratamientos relacionados con alguna de las preguntas mencionadas anteriormente que no se completaron o cuyos resultados no se recibieron, excluyendo aquellos relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana (virus del SIDA)? 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	Período 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 enfermedades. 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 el Menor propuesto recibió un diagnóstico, dio positivo en una prueba, recibió tratamiento o un profesional médico con licencia le recetó medicamentos por alguna de las siguientes afecciones?
- | | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| 1. Cáncer | 6. Síndrome de Down | 10. Trastorno o enfermedad pulmonar convulsiones | 13. Cualquier caso de hospitalización de 48 horas o más (en 1 año) |
| 2. Diabetes | 7. Insuficiencia renal o de otro órgano | 11. Problemas o enfermedades | 14. Cualquier trastorno del cerebro, habilidades motoras o cardíacas |
| 3. Hepatitis | 8. Anemia falciforme | 12. Cualquier trastorno nervioso | |
| 4. Parálisis cerebral | 9. Prueba positiva de VIH | | |
| 5. Fiebre reumática | | | |

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

Clase: <input type="checkbox"/> Preferida <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Modificada (calificado en 3 años)	Monto nominal de la póliza: USD _____
Pago: <input type="checkbox"/> 10 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> Vitalicio	<input type="checkbox"/> Monto nominal del Beneficio por fallecimiento adelantado (ADB): USD _____
Método de prima: <input type="checkbox"/> TEF <input type="checkbox"/> Factura mensual directa <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito/débito	<input type="checkbox"/> Monto nominal de la cláusula adicional para menores: USD _____
Frecuencia: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Prima total: USD _____
Fecha de retiro inicial: Mes (enero-diciembre) _____ Fecha (1-28) _____	¿Disposición automática de préstamo de prima? <input type="checkbox"/> Sí
Y día o semana de la facturación periódica: <input type="checkbox"/> Día de facturación: _____ Fecha (1-28) <input type="checkbox"/> Semana de facturación: <input type="checkbox"/> Segundo miércoles <input type="checkbox"/> Tercer miércoles <input type="checkbox"/> 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 Mismo que el Asegurado Mismo que el Titular

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido N.º de teléfono () -

Dirección postal Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico Relación

Pago Nombre del banco

Cuenta corriente Caja de ahorro N.º de cuenta N.º de ruta

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 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 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: _____

Otras coberturas

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? 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

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.

ICC25-GP APP (10/2025)



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 mediante la presentación de una notificación por escrito a la Oficina 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 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, 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.

Fechado en: _____ Ciudad _____ Estado _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre en letra de imprenta del Asegurado propuesto/Solicitante _____ Fecha: ____ / ____ / ____

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: _____

Nombre en 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 del agente: _____

Nombre en imprenta del agente: _____ División de comisiones: _____

ICC25-GP APP (10/2025)

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: _____

ICC25-GP APP (10/2025)