



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

**Solicitud para:**  
 Seguro de vida con beneficio individual vitalicio  
 y plan de beneficio limitado por fallecimiento

# 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.	
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
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?	
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
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
3. En los últimos cinco años, ¿un profesional médico con licencia le diagnosticó, lo trató, le recetó medicamentos o le brindó asesoramiento por abuso de alcohol o drogas, incluidos los medicamentos recetados? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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?	
A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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
C. ¿Tiene una esperanza de vida de doce (12) meses o menos? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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.	
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
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

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.	
7. ¿Le hicieron una amputación debido a una enfermedad, o depende de dispositivos médicos como silla de ruedas, andador u oxígeno? .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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?	
A. Enfermedades cardíacas o circulatorias, o trastornos, incluidos la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), ataques cardíacos o cirugías cardíacas .....	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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 cardíacas           | 14. Cualquier trastorno del cerebro, habilidades motoras o convulsiones |
| 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:**  Preferida  Estándar  Modificada (calificado en 3 años)      Monto nominal de la póliza: USD \_\_\_\_\_

**Pago:**  10 años  20 años  Vitalicio       Monto nominal del Beneficio por fallecimiento adelantado (ADB): USD \_\_\_\_\_

**Método de prima:**  TEF  Factura mensual directa  Tarjeta de crédito/débito       Monto nominal de la cláusula adicional para menores: USD \_\_\_\_\_

**Frecuencia:**  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual      **Prima total:** USD \_\_\_\_\_

¿Disposición automática de préstamo de prima?  Sí

**Fecha de retiro inicial:** \_\_\_\_\_ **Y día o semana de la facturación periódica:**  
 \_\_\_\_\_  Día de facturación: \_\_\_\_\_ Fecha (1-28)  
 Mes (enero-diciembre) Fecha (1-28)  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.

<b>Nombre del solicitante:</b>			<b>SSN / TIN:</b> _____ - _____ - _____		
<b>Responsable del pago</b> <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			Relación		
<b>Pago</b>			Nombre del banco		
<input type="checkbox"/> Cuenta corriente		N.º de cuenta		N.º de ruta	
<input type="checkbox"/> Caja de ahorro					
<input type="checkbox"/> Crédito/débito		N.º de tarjeta		Caducidad	
				CVV	
<p>Autorizo a SNLIC 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 SNLIC. Entiendo que esta autorización está sujeta a los términos y las condiciones del acuerdo de transferencia electrónica de fondos (TEF).</p> <p style="text-align: center;"><b>TÉRMINOS Y CONDICIONES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Previa notificación por escrito a la otra parte, tanto yo como SNLIC podemos rescindir este acuerdo con respecto a cualquiera o todos los contratos indicados a continuación. Hasta que SNLIC reciba la notificación correspondiente, estará protegida por completo al realizar el débito automático de la transferencia electrónica de fondos (EFT).</li> <li>2. Entiendo que, si mi banco rechaza cualquier EFT, y si no se paga cualquier cantidad mensual adeudada a SNLIC dentro del plazo estipulado en el contrato, este quedará anulado, salvo que se disponga lo contrario en dicho documento.</li> <li>3. Durante la vigencia de este acuerdo, SNLIC no se verá obligada a enviar avisos de pago por ningún contrato que yo haya autorizado a incluir en el presente.</li> <li>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.</li> <li>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 SNLIC.</li> <li>6. Según lo especificado por el banco o por SNLIC, pagaré una tarifa por artículo devuelto por cualquier cargo que se le devuelva a SNLIC debido a fondos insuficientes.</li> </ol> <p>Fecha: _____ / _____ / _____    Firma del titular autorizado de la cuenta: _____</p>					
<b>Otras coberturas</b>					
<b>Reemplazo:</b> Si respondió "Sí", 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					
<p><b>AVISO AL SOLICITANTE:</b> por la presente, solicito a Security National Life Insurance Company en Salt Lake City, Utah, la emisión de un seguro basada 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 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 indicada anteriormente.</p>					

**GP APP (10/2025)-SC**



**SECURITY NATIONAL LIFE 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 Security National Life Insurance Company (SNL), 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. SNL 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 SNL 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, conscientemente 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.**

Fecha 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: \_\_\_\_\_

GP APP (10/2025)-SC

### 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:** Cada Asegurado propuesto sería aceptable y aprobado por Security National Life Insurance Company ("SNLIC") como asegurable, de acuerdo con las reglas de suscripción de SNLIC para el seguro del plan y con la tarifa de la prima y el monto de seguro solicitados en el formulario respectivo de cada Asegurado propuesto.

**TERCERO:** Los fondos de la prima para el monto correcto para el plan de seguro solicitado se pagaron en la primera presentación y se acreditaron en la cuenta bancaria de SNLIC.

**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 SNLIC no tendrá ninguna responsabilidad.

Firma del agente: \_\_\_\_\_ Nombre del agente en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

GP APP (10/2025)-SC