

FORMULARIO DE EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD



Life Insurance Company of North America (LINA)
(en este documento llamada la compañía de seguros) Para obtener información y comunicarse con servicio al cliente, llame al

- El solicitante debe firmar y fechar este formulario.
- Este formulario no se puede tomar en cuenta a menos que se reciba dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha que se indica.

Importante: Indique todas las fechas usando el formato mm/dd/aaaa.

PO Box 20310
 Lehigh Valley, PA 18003

Para uso del empleador: (Información obligatoria) Para procesar este formulario, el empleador debe llenar esta información.

Empleador: _____ **Póliza:** _____

Clase: _____ **Ubicación:** _____ **Fecha de contratación:** _____ **Salario anual:** _____ **Verificado por:** _____

Motivo de la solicitud: (por ejemplo, empleado nuevo, inscripción tardía, inscripción inicial/en curso, etc.) _____

COBERTURA VOLUNTARIA	CANTIDAD DEL EMPLEADO	CANTIDAD DEL CÓNYUGE*
1. Escriba la cantidad de cobertura solicitada (total)		
2. Escriba la cobertura actual incluida la emisión garantizada (escriba cero si no tiene cobertura actual)		
3. Réstele la línea 2 a la línea 1, esta es la cantidad sujeta a requisitos de suscripción		

SECCIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido) _____ N.º del Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ N.º de identificación _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F

LLENE SI ELIGE COBERTURA PARA SU CÓNYUGE*

Actualmente estoy casado/a y mi fecha de matrimonio es: _____ –o– Actualmente tengo una pareja de hecho que cumple los requisitos

Nombre del cónyuge*: (primer nombre, segundo nombre, apellido) _____ N.º del Seguro Social _____

Teléfono _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F

IMPORTANTE:
 Llene cada una de las siguientes secciones.
Lea la sección Contratos y autorización. Firme y feche el formulario en el espacio indicado.

Llene la información del empleado y del cónyuge de esta sección si usted (es decir, el Empleado) o su cónyuge* solicitan un Seguro de vida superior a la cantidad garantizada o si solicitan un Seguro de vida más de 31 días después de cumplir los requisitos del seguro.

Información de estatura y peso					
Empleado	Estatura	pies	pulgadas	Peso	libras
	Cónyuge*	Estatura	pies	pulgadas	Peso
					libras

SECCIÓN SOBRE EL MÉDICO

Nombre del médico del empleado _____ **Número de teléfono** _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Cónyuge*: Nombre del médico _____ **Número de teléfono** _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sección A: Indique sus respuestas para cada pregunta de esta sección marcando la casilla Sí o No.				
1. Durante los últimos 5 años, a la persona propuesta para el seguro, ¿le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones, un profesional médico le ha dicho que tiene o puede tener alguna de las siguientes afecciones, o ha recibido tratamiento de un profesional médico para alguna de las siguientes afecciones?:	Empleado		Cónyuge*	
	Sí	No	Sí	No
A. Presión arterial alta, ataque al corazón, dolor de pecho o angina, soplo cardíaco, circulación deficiente o cualquier otra afección del corazón o del sistema circulatorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Diabetes, afección glandular, hepatitis o cualquier afección del esófago, el estómago, los intestinos, el hígado o el páncreas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Asma, bronquitis crónica, enfisema o cualquier afección de los pulmones o las vías respiratorias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Cualquier afección de los riñones, las vías urinarias, la próstata o el sistema reproductivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Infección por VIH, SIDA o cualquier otra afección del sistema inmunológico o los ganglios linfáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Derrame cerebral, ataque isquémico transitorio (AIT), enfermedad de Alzheimer, parálisis, epilepsia, desmayos, convulsiones, dolores de cabeza o cualquier otra afección del sistema nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Anemia o cualquier otra afección de la sangre, lupus, artritis, deformidad o pérdida de una extremidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Ansiedad, depresión, trastorno bipolar o cualquier otro trastorno o afección mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Cáncer, tumor, leucemia, enfermedad de Hodgkin, pólipos o lunares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Abuso o dependencia del alcohol o drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN B: Por favor, indique sus respuestas para cada pregunta de esta sección marcando la casilla Sí o No.				
1. En los últimos 5 años, la persona propuesta para el seguro:	Empleado		Cónyuge*	
	Sí	No	Sí	No
A. ¿Ha sido condenada por conducir en estado de ebriedad (DUI, por sus siglas en inglés), conducir bajo los efectos del alcohol (DUI, por sus siglas en inglés) u operar bajo los efectos del alcohol (OUI, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Ha fumado cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ¿Durante cuántos años ha fumado la persona propuesta para el seguro?				
2. Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos fuma o fumó en promedio al día?				
3. Si dejó de fumar, ¿cuándo (mes y año)?				
C. ¿Ha usado cualquier droga u otra sustancia controlada o ilegal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Ha sido atendida o le han aconsejado que busque tratamiento para observación o consulta por cirugía, examen médico o análisis, por ejemplo, de sangre, orina, radiografías, electrocardiogramas, exámenes de diagnóstico por imágenes, biopsias o cualquier prueba o examen médico no indicado aquí o anteriormente, distinto de un examen médico de rutina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿Ha usado algún medicamento recetado por un médico u otro profesional de la salud, o ha usado alguna forma alternativa y complementaria de tratamiento médico o remedio, como por ejemplo hierbas o acupuntura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ¿Ha sido atendida o ha buscado tratamiento, ha consultado o se le ha aconsejado que reciba o ha recibido algún consejo médico de un profesional de atención médica por cualquier enfermedad, trastorno o impedimento médico no indicado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió que "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, proporcione detalles en la siguiente tabla.

Use el siguiente espacio para explicar las respuestas afirmativas. Si necesita más espacio, use una página nueva. Firmela y féchela. Adjúntela a este formulario.

Nombre del empleado, cónyuge*	Afección médica	Fecha en que ocurrió	Duración y tratamiento recibido	Estado actual

CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN

A mi entender, toda la información escrita, telefónica y electrónica proporcionada es verdadera y completa. Comprendo que mi seguro no entrará en vigor a menos que yo esté trabajando activamente en la fecha de entrada en vigor. También comprendo que la cobertura para cada uno de mis dependientes no entrará en vigor si la persona está internada en un hospital o institución, o recibe algún tratamiento médico. En la póliza y en el certificado se describen las condiciones para que el seguro solicitado entre en vigor. La aprobación de esta solicitud por parte de la compañía de seguros es una de dichas condiciones. Comprendo y acepto que:

- (1) Esta solicitud será parte de la póliza del seguro.
- (2) Puede ser necesario que proporcione información médica adicional.
- (3) Puede ser necesario que me someta a exámenes médicos e informe de los resultados a la Compañía de seguros.
- (4) Debo informar cualquier cambio en mi salud que se produzca antes de que el seguro entre en vigor.
- (5) El seguro solicitado no entrará en vigor si la persona no cumple los requisitos de suscripción en la fecha de entrada en vigor del seguro.

Autorización. Autorizo a cualquier hospital, clínica, profesional de atención médica, farmacia, administrador de beneficios, empleador, compañía de seguros, la Oficina de Información Médica (MIB, por sus siglas en inglés) o a cualquier otra persona u organización que tenga información sobre mi salud, antecedentes médicos, afección física o mental, diagnóstico o tratamiento, empleo o ingreso o historial de conducción para que divulgue a la compañía de seguros o a su agente autorizado cualquier información con el fin de que se suscriba esta solicitud de seguro o se presente alguna reclamación de un seguro aprobado. Esta autorización es válida por 30 meses a partir de la fecha que se indica a continuación. Acepto que una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Comprendo que mi agente autorizado o yo tenemos el derecho de recibir una copia de esta autorización si se solicita dicha copia.

Comprendo que la información se usará para evaluar mi solicitud de seguro.

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Dicha revocación no: (1) cambiará ninguna medida tomada en virtud de la autorización; ni (2) cambiará el derecho de la compañía de seguros de usar la autorización para impugnar una reclamación o póliza en conformidad con la ley aplicable.

Comprendo que es posible que el receptor divulgue la información proporcionada en conformidad con esta autorización y que ya no esté sujeta a las protecciones de la Ley sobre responsabilidad y transferibilidad de seguros médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). (Las compañías de seguros están sujetas a la Ley Gramm-Leach-Bliley y a las leyes de privacidad estatales. Ellas no divulgan información protegida salvo según lo autorizado por dichas leyes).

**A los fines de este formulario, cada vez que aparezca el término Cónyuge, también incluirá a la Pareja de hecho registrada en cualquier estado cuyas leyes reconozcan las Parejas de hecho o las Uniones civiles.*

Advertencia: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o recluida en una prisión estatal.



Firme aquí

Firma del empleado

Mes/día/año

*Firma del cónyuge**

(si solicita seguro para su cónyuge)

Mes/día/año

Aviso: Se puede recopilar información personal de personas distintas a las propuestas para la cobertura. La información se puede divulgar a terceros sin su autorización según lo permitido por la ley. Usted tiene derecho a obtener acceso y a corregir toda información personal recopilada. Si lo desea, se encuentra disponible información adicional sobre las prácticas de privacidad de la compañía de seguros.