

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

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. ¿Un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Cáncer (aparte de cáncer de la piel no melanoma), enfermedad de Hodgkin o leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre _____ N.º del Seguro Social _____

E. ¿Diabetes, hepatitis C o cirrosis hepática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ¿Abuso o dependencia del alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dentro de los últimos 5 años, ¿ha sido condenado por conducir en estado de ebriedad (DWI) o conducir bajo la influencia del alcohol o drogas (DUI)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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) debo informar cualquier cambio en mi salud que se produzca antes de que el seguro entre en vigor;

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.

**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, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra la compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier tipo de información falsa; u (2) oculte información respecto de cualquier dato con el objetivo de engañar, comete un acto fraudulento contra el seguro.



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.