

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(s) _____

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

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

CANTIDAD QUE SE ASEGURARÁ POR INCAPACIDAD		
--	--	--

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

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 de esta sección si solicita el Seguro por incapacidad más de 31 días después de cumplir los requisitos debido a un cambio de estado civil o durante un proceso de inscripción en curso.

Información de estatura y peso

Empleado Estatura ___ pies ___ pulgadas Peso ___ libras

Por favor, indique sus respuestas para cada pregunta de esta sección marcando la casilla Sí o No.

1. En los últimos 5 años, a la persona propuesta para el seguro: ¿le han diagnosticado alguna de estas afecciones, un profesional médico le ha dicho que tiene o puede tener alguna de estas afecciones, o ha recibido tratamiento de un profesional médico para alguna de las afecciones indicadas a continuación?	Empleado	
	Sí	No
A. ¿Un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular?	<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"/>
C. ¿Enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿Diabetes, hepatitis C o cirrosis hepática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ¿Abuso o dependencia del alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ¿Ansiedad, trastorno bipolar o depresión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. ¿Cansancio crónico, fibromialgia o esclerosis múltiple?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. ¿Cualquier afección de los huesos, articulaciones o músculos que dure 6 meses o más o por la cual haya recibido tratamiento durante 6 meses o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dentro de los últimos 5 años, ¿ha sido condenado por conducir en estado de ebriedad (DUI, por sus siglas en inglés) o conducir bajo la influencia del alcohol o drogas (DUI, por sus siglas en inglés)?	<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. 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).

Limitación por afección preexistente: "Afección preexistente" es cualquier lesión o enfermedad por la cual el empleado haya incurrido en gastos, haya recibido tratamiento, atención o servicios médicos, incluidas las medidas de diagnóstico, haya tomado medicamentos que requieren receta médica en un plazo de 3 meses antes de la fecha de entrada en vigor más reciente del seguro. Comprendo que si contrato el seguro, no recibiré beneficios por una Afección preexistente hasta que haya estado asegurado durante 12 meses por la cobertura por Incapacidad.

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

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.