



**INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN
PARA LLENAR EL FORMULARIO DE EVIDENCIA DE
ASEGURABILIDAD**

Unum Life Insurance Company of America (Unum)

Cumplido

1. Llene este formulario en su totalidad cuando su plan le exija suscribirse en forma individual para calificar para el seguro. Especifique qué cobertura está solicitando. Si no está seguro, consulte con el administrador de su plan.

2. Asegúrese de haber contestado todas las preguntas de manera completa y precisa. Si hay preguntas sin contestar, el proceso de suscripción se demorará.

3. Si contestó en forma afirmativa alguna de las preguntas sobre salud, proporcione el nombre completo y la dirección postal del médico o establecimiento que tenga su información médica.

4. Por favor, incluya el número de teléfono del trabajo y el particular; es posible que debamos solicitar información adicional por teléfono.

5. Firme y coloque la fecha donde se indica. Conserve esta página y la última copia del formulario para sus archivos. Una vez que haya completado el formulario, envíelo al administrador de su plan o al representante de Unum.

Para evaluar su solicitud, nos basaremos en la información que usted haya proporcionado. Además, es posible que tengamos que solicitarle a usted o a sus médicos información adicional. Puede que para algunas coberturas y montos se requiera un breve examen médico, análisis de sangre, análisis de orina y/o electrocardiograma (EKG). Estas pruebas se realizarán según su conveniencia y pueden efectuarse en su lugar de trabajo o en su hogar. Le notificaremos si se necesita información adicional. Unum pagará por la información o pruebas adicionales que sean necesarias para evaluar su solicitud.

ADVERTENCIA: Si las respuestas en su solicitud son incorrectas o falsas, Unum podrá denegarle beneficios o invalidar su seguro. Toda persona que, a sabiendas, y con el propósito de defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una solicitud de seguro con información falsa, incompleta o engañosa, podrá estar sujeta a multas civiles o penales, dependiendo de la ley estatal.

AVISO: La versión en inglés es la versión oficial de este documento. La versión en español se provee como un acto de cortesía. Por favor, comuníquese con su administrador del plan o su departamento de Recursos Humanos para obtener una copia de este documento en inglés.

Unum es una marca registrada y marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras. El producto de seguro es suscrito por Unum Life Insurance Company of America.

**EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD**Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine
(De aquí en adelante la "Compañía")

Nº de Seguro Social	Dirección del Correo Electrónico del solicitante/empleador	Número(s) de la Póliza de grupo	Nº de certificado individual	Aprobación solicitada para: <input type="checkbox"/> Solicitante/empleado <input type="checkbox"/> Dependiente(s)	
Nombre del solicitante/empleado		Nombre del empleador		Coberturas: <input type="checkbox"/> Seguro de Vida \$ _____	
Dirección particular		Dirección del empleador		<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad a Largo Plazo (LTD) \$ _____	
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de inicio del empleo (mm/dd/aaaa)	Número de teléfono del solicitante (Particular)	Ocupación (Del trabajo)	Sueldo anual		
Nombre de las personas que solicitan la cobertura	Sexo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Lugar de nacimiento	Estatura	Peso
Solicitante					
Cónyuge					
Hijo					
Hijo					
Hijo					
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad a Corto Plazo (STD) \$ _____ <input type="checkbox"/> Otros _____ Tipo de solicitud <input type="checkbox"/> Solicitud inicial <input type="checkbox"/> Solicitante tardío <input type="checkbox"/> Incremento: Indicar el monto anterior de cobertura vigente \$ _____					

Las siguientes preguntas se aplican a todas las personas que solicitan la cobertura:

- Durante los últimos 7 años, ¿se le ha diagnosticado o ha recibido tratamiento de un profesional médico por algún trastorno cardíaco, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular, cáncer, tumor, diabetes, alcoholismo, enfermedades renales o hepáticas, SIDA, trastornos respiratorios, mentales, nerviosos o emocionales, artritis, tensión o lesión de espalda, hernia de disco o trastornos óseos, de las articulaciones o musculares? No es necesario que el solicitante divulgue los resultados de las pruebas de HIV.
 Solicitante/empleado: Sí No Cónyuge: Sí No Hijo: Sí No
- ¿Consumes actualmente o alguna vez ha consumido barbitúricos, anfetaminas, cocaína, drogas alucinógenas o algún narcótico, a excepción de los recetados por un doctor, o se le aconsejó reducir el consumo de alcohol o recibió tratamiento, se le arrestó por consumir alcohol o se le solicitó que recibiera asesoramiento por el consumo de alcohol o drogas?
 Solicitante/empleado: Sí No Cónyuge: Sí No Hijo: Sí No
- ¿Padece alguna condición médica que impida o limite su trabajo, asistencia a la escuela o sus actividades habituales o se encuentra actualmente embarazada?
 Solicitante/empleado: Sí No Cónyuge: Sí No Hijo: Sí No
- ¿Toma medicamentos con receta o medicación para algún trastorno físico, mental, nervioso o emocional?
 Solicitante/empleado: Sí No Cónyuge: Sí No Hijo: Sí No
- Durante los últimos 5 años, a excepción de las condiciones mencionadas anteriormente, ¿ha consultado o recibido tratamiento de un miembro de la profesión médica o fue hospitalizado?
 Solicitante/empleado: Sí No Cónyuge: Sí No Hijo: Sí No
- ¿Tiene algún síntoma de salud o malestar por el cual no haya consultado a un miembro de la profesión médica ni recibido tratamiento?
 Solicitante/empleado: Sí No Cónyuge: Sí No Hijo: Sí No
- ¿Ha solicitado o se le ha emitido un seguro que haya sido rechazado, modificado, al que se le aumentó la tarifa o cuya renovación se haya denegado?
 Solicitante/empleado: Sí No Cónyuge: Sí No Hijo: Sí No

Por favor, provea los detalles de las respuestas afirmativas en la parte de abajo. Si necesita más espacio, por favor, anexe una hoja adicional.

Pregunta Nº:	Nombre	Problema/Historia: Si se debe a presión arterial, indique la última lectura	Fecha (mm/dd/aaaa)	Duración	Tratamiento	Nombre y dirección de médicos, doctores y hospitales

Las declaraciones que he realizado en esta solicitud son verdaderas verdaderas, a mi mejor saber y entender, y estoy consciente de que son la base para cualquier cobertura bajo la póliza de grupo para la que se requiere Evidencia de Asegurabilidad. He leído y entendido la Autorización y las Declaraciones de Divulgación y he recibido una copia de mi solicitud llena para mis archivos.

Firma del solicitante/empleado _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____ Firma del cónyuge _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

Firma de los hijos solicitantes, de 18 años de edad o más _____

Autorización para obtener información

AUTORIZO a cualquier persona u organización a proveer a Unum o al representante legal de Unum cualquiera de lo siguiente:

- información sobre cualquier enfermedad o lesión que yo padezca o haya padecido, incluyendo SIDA, enfermedades mentales o abuso de drogas o alcohol. Esta autorización excluye la divulgación del resultado de las pruebas de VIH (HIV). Dichos resultados no podrán ser divulgados ni publicados. Entiendo que nada en esta advertencia prohibirá que esta autorización incluya el hecho de que algún solicitante tenga SIDA.
- información sobre mi historia médica, incluyendo: consultas, recetas, tratamientos o beneficios.
- copias de todos los registros que puedan ser solicitados en relación con mi persona o mis familiares, e
- información no médica sobre mi persona o mis familiares.

El término persona u organización, utilizado anteriormente, se refiere a cualquiera de las siguientes definiciones:

- doctores o profesionales médicos;
- hospitales, clínicas u otros establecimientos de tratamiento médico;
- *Medical Information Bureau, Inc.* (Oficina de Información Médica);
- compañías de seguros o de reaseguro;
- agencias de apoyo o de informes sobre seguros;
- farmacias;
- agencias gubernamentales;
- empleadores.

Entiendo que la información obtenida por medio de esta autorización será utilizada por Unum para determinar la elegibilidad para el seguro y beneficios. Unum no divulgará ningún dato obtenido a ninguna persona u organización, a excepción de:

- compañías reaseguradoras;
- *Medical Information Bureau, Inc.* (Oficina de Información Médica);
- personas u organizaciones que brinden servicios comerciales o legales relacionados con mi solicitud o reclamación y en conformidad con lo que exija la ley o, en conformidad con posibles autorizaciones de mi parte.

Entiendo que esta autorización será válida por dos años, a partir de la fecha de la solicitud y que una copia fotocopia de dicha autorización tendrá la misma validez que el original.

Authorization to Obtain Information

I authorize any person or organization to give Unum or Unum's legal representative any of the following:

- information about any injury or illness I have or I have had, including AIDS, mental illness or drug or alcohol abuse. This authorization excludes disclosure of the result of a test for HIV. Such test results shall not be disclosed or published. I understand that nothing in this caveat will prohibit this authorization from including the fact that an applicant has AIDS.
- information about my medical history including any consultations, prescriptions, treatments or benefits;
- copies of all records that may be requested concerning me or my family members, and
- non-medical information about me or my family members.

The term person or organization, which is used above, means any of the following:

- a doctor or medical practitioner;
- a hospital, clinic or other medical treatment facility;
- the Medical Information Bureau, Inc.;
- any insurance or reinsurance company;
- any insurance support or reporting agency;
- any pharmacy;
- any government agency;
- any employer.

I understand that the information obtained by use of this authorization will be used by Unum to determine eligibility for insurance and eligibility for benefits. Unum will not release any of the obtained information to any other person or organization except:

- reinsuring companies
- the Medical Information Bureau, Inc.
- persons or organizations performing business or legal services in connection with my application or claim as may be otherwise lawfully required or, as I may further authorize.

I understand that this authorization shall be valid for two years from the date shown on the application and that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original.

Aviso

Notificación sobre el uso de información de seguros

La información que Unum obtenga sobre usted podrá en ciertas circunstancias, ser divulgada a terceros sin su autorización específica, según lo permita la ley. Usted tiene el derecho de acceso y corrección respecto a la información obtenida, a excepción de información relacionado con una reclamación o procedimiento civil o penal. Si desea obtener una explicación más detallada del uso de información de Unum, comuníquese con Unum, Atn.: Group Medical Underwriting, 2211 Congress Street, Portland, ME 04122.

Aviso acerca de la *Medical Information Bureau, Inc. (Oficina de Información Médica)*

La información referente a la asegurabilidad será tratada de manera confidencial. No obstante, Unum puede presentar un breve informe ante la Oficina de Información Médica (MIB-por su sigla en inglés) - una organización sin fines de lucros de compañías de seguros de vida socias- que realiza un intercambio de información en nombre de sus socios. Si solicita cobertura de seguro de vida o de salud ante otra compañía que sea miembro de MIB, o si presenta una reclamación de beneficios ante dicha compañía, de ser solicitada, MIB proporcionará a la compañía la información que se encuentre en sus archivos.

Unum o sus reaseguradoras, también, podrá divulgar la información de los archivos de la MIB a otras compañías de seguros de vida a las que usted pueda solicitar un seguro de vida o de salud, o ante las cuales presente una reclamación de beneficios.

Si usted lo solicita, MIB hará arreglos para divulgar cualquier información que pueda tener en su expediente. Sin embargo, la información médica será divulgada únicamente a su médico. Si tiene dudas sobre la exactitud de la información en los archivos de MIB, puede comunicarse con la misma y solicitar corrección en conformidad con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informes Crediticios Justos (*Federal Fair Credit Reporting Act*). La dirección postal de MIB es: 50 Braintree Hill, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734. El número de teléfono es: 866-692-6901.

El fin de MIB es proteger a sus compañías socias y a sus titulares de pólizas de los costos adicionales que representan el proporcionarles cobertura a aquellas personas que intentan ocultar datos relacionados con su elegibilidad. ... Sin embargo, se debe tener en cuenta que la información recibida de parte de MIB no puede utilizarse como base para evaluar a la persona propuesta para cobertura.

Unum is una marca registrada y marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

NOTICE: This is a translation of approved English form 1186-94. This translation has not been reviewed by the California Department of Insurance and is provided as a courtesy. The approved English version of this form shall control in any disputes, complaints or litigation.

AVISO: Esta es una traducción del formulario 1186-94 aprobado en inglés. Esta traducción no ha sido revisada por el Departamento de Seguros de California, y se provee como cortesía. La versión aprobada en inglés de este formulario regirá en caso de cualquier controversia, queja o litigio.