

## Evidencia de asegurabilidad

### Instrucciones para el empleador/asociación

1. Complete el formulario que sigue.
2. Complete también todas las secciones del formulario marcado como PARTE A, incluida la información relacionada con el producto en función del plan o los planes que requieran evidencia médica de asegurabilidad.
3. Luego debe entregarle todo el paquete a su empleado o miembro para que complete la PARTE B.

#### Para uso exclusivo del empleador/asociación:

En el espacio que sigue inserte la dirección de correo a la que se debe enviar la notificación de gestión.

Nombre del empleado/miembro: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del empleador/asociación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N.º de contrato grupal: \_\_\_\_\_ N.º de sucursal: \_\_\_\_\_

Lugar de presentación: \_\_\_\_\_

Presentado por:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Parte A Información sobre el empleador/asociación

Complete esta página para aquellos planes que requieren evidencia de asegurabilidad, luego entréguele este paquete al empleado/miembro.

Nombre del empleado/miembro  Inic.  Apellido

Fecha de nacimiento       Número del Seguro Social           Sexo  Masculino  Femenino

Calle  Apt.

Ciudad  Estado  Código postal

Fecha en que la persona reunió por primera vez los requisitos para la(s) cobertura(s)/monto(s) del seguro al que se aplica este formulario:

Ingresos anuales del empleado/miembro: \$ \_\_\_\_\_

¿La solicitud se hace por montos superiores al máximo de vida no médico? Sí  No

¿La solicitud se hace como participante tardío? Sí  No

¿La solicitud se hace para dependientes? Sí  No

Complete únicamente para aquellas coberturas y personas que requieren evidencia de asegurabilidad.  
(Por ejemplo: empleado solo, cónyuge solo o empleado y cónyuge).

### Vida/AD&D (muerte accidental y desmembramiento)

Máximo total no médico \$ \_\_\_\_\_

	Monto actual vigente	+	monto adicional o inicial solicitado	=	Monto total
Empleado/miembro	\$ _____	+	\$ _____	=	\$ _____
Cónyuge (únicamente vida)	\$ _____	+	\$ _____	=	\$ _____

### Incapacidad a largo plazo

	Monto actual vigente	+	monto adicional o inicial solicitado	=	Monto total
Empleado/miembro	\$ _____/mes	+	\$ _____/mes	=	\$ _____/mes

### Beneficios de vida para supervivientes

	Monto actual vigente	+	monto adicional o inicial solicitado	=	Monto total
Cónyuge	\$ _____/mes	+	\$ _____/mes	=	\$ _____/mes
Hijo	\$ _____/mes	+	\$ _____/mes	=	\$ _____/mes

### Ingreso semanal por incapacidad/beneficio por accidente y enfermedad

Monto \$ \_\_\_\_\_



**Instrucciones para el empleado/miembro** (Complete las secciones requeridas como se indica a continuación).

**1. Si proporciona evidencia de asegurabilidad para:**

- a) Cobertura del empleado/miembro únicamente: complete las secciones 1, 2, 4 y 5.
- b) Cobertura de dependientes únicamente: complete las secciones 1, 3, 4 y 5.
- c) Cobertura del empleado/miembro y dependientes: complete todas las secciones de este formulario. (Nota: No se necesita evidencia de asegurabilidad para los niños).

- 2. Complete el formulario con tinta azul o negra. Firme y ponga la fecha en las secciones 4 y 5.
- 3. Lea y separe la importante Notificación sobre información médica que acompaña a estas instrucciones y guárdela. Guarde una copia de su solicitud completada.
- 4. Envíe los formularios PARTE A y PARTE B completados a:

**The Prudential Insurance Company of America**  
**Group Medical Underwriting**  
**P.O. Box 70192**  
**Philadelphia, PA 19176**

**Este formulario también se puede enviar por fax al 877-851-3157**

La evaluación de su solicitud de cobertura puede demorarse si no sigue estas instrucciones, si usted o sus dependientes no responden todas las preguntas del formulario PARTE B, si no proporciona detalles completos en cualquier respuesta que así lo requiera o si no proporciona los nombres y direcciones completos de médicos y hospitales.

**NOTA:** La cobertura entra en vigencia cuando se haya aprobado esta solicitud. Se le notificará si la cobertura ha sido aprobada o no.

Si tiene preguntas relacionadas con cómo llenar este formulario, comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Prudential llamando al 888-257-0412 o envíenos un correo electrónico a [medical.uw@prudential.com](mailto:medical.uw@prudential.com).

---

**Parte B Información del empleado/miembro**

---

**Sección 1**

1. Nombre del empleado/miembro	Inic.	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Número del Seguro Social del empleado/miembro	3. Número de teléfono del empleado/miembro	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	De día <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	De noche <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
4. Calle	Apt.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
5. Dirección de correo electrónico <input type="text"/>		

**Sección 2**

6. Fecha de nacimiento (mes/día/año)	7. Lugar de nacimiento (ciudad estado)	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
mm dd aaaa	Ciudad Estado	
8. Sexo	9. Estatura	10. Peso
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/> pies <input type="text"/> pulg.	<input type="text"/> lbs.

**Sección 2 (continuación)**

11. Nombre y dirección del médico actual:

Nombre del médico  Inic.  Apellido

Calle  Suite

Ciudad  Estado  Código postal  -

12. ¿Puede desempeñar actualmente todas sus tareas en el trabajo? Si la respuesta es "No", proporcione detalles completos en el punto 17.  Sí  No

13. Durante los últimos cinco años:

- a. ¿ha sido sometido a cirugía o le han recomendado someterse a una cirugía y no lo ha hecho? Sí  No
- b. ¿ha estado en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico o tratamiento? Sí  No
- c. ¿ha usado o usa ahora cocaína, barbitúricos, anfetaminas, marihuana u otras drogas alucinógenas, heroína, opiáceos u otros narcóticos, excepto por los que le haya recetado un médico? Sí  No
- d. ¿ha sido tratado o aconsejado por alcoholismo? Sí  No
- e. ¿ha sido tratado o aconsejado por un psicólogo o psiquiatra? Sí  No
- f. ¿ha solicitado o recibido beneficios de ingresos o pensión por incapacidad relacionada con una enfermedad o lesión? Sí  No
- g. ¿le han rechazado, pospuesto, cambiado, aumentado, cancelado o retirado un seguro de vida, por incapacidad o de salud? Sí  No
- h. ¿le han diagnosticado o ha recibido tratamiento de un miembro de la profesión médica por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Complejo relacionado con el SIDA (ARC)? Sí  No

14. Durante los últimos cinco años, ¿ha sido tratado o ha tenido problemas con algunos de los siguientes?:

- |                               |                          |                          |                                       |                          |                          |   |                          |                          |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|                               | Sí                       | No                       |                                       | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
| a. ¿Corazón o dolor de pecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. ¿Trastornos nerviosos o mentales?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m. ¿Aparato urinario?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Hipertensión arterial?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. ¿Artritis o reumatismo?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. ¿Bocio o glándulas?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Pulso anormal?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. ¿Úlceras o trastornos estomacales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o. ¿Pleuritis o asma?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Cáncer o tumores?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. ¿Intestinos o riñones?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | p. ¿Diarrea crónica?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Diabetes?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. ¿Hígado o cálculos biliares?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | q. ¿Neuritis o ciática?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Pulmones?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. ¿Trastornos genitales?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | r. ¿Trastornos de la espalda o espinales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. ¿Tiene en la actualidad algún trastorno, afección (incluido embarazo), enfermedad o defecto que no haya aparecido en la lista anterior o está tomando medicamentos recetados o entregados por un médico u otro profesional para tratar algún trastorno, afección (incluido embarazo), enfermedad o defecto? Sí  No

16. ¿Ha fumado cigarrillos o usado otro producto tabacalero (incluidos cigarros o tabaco de mascar) o usado chicle de nicotina durante el último año? Si la respuesta es "Sí", ¿qué producto? \_\_\_\_\_ Sí  No

17. ¿Cuáles son los detalles completos de todas las respuestas "Sí" de las secciones 13 a 15? Agregue páginas si es necesario.

Número de pregunta y letra	Especifique la enfermedad o afección. Incluya el motivo de todos los chequeos, consejos médicos, tratamientos y medicamentos	Fecha en que empezó la enfermedad o afección Mes Año	Tiempo perdido de las actividades normales	Recuperación completa (si corresponde) Mes Año	Escriba con letra de imprenta los nombres completos, direcciones y números de teléfonos de los médicos y hospitales

### Sección 3

1. Dependiente elegible del empleado/miembro que requiere evidencia de asegurabilidad

Nombre completo	Número del Seguro Social	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Estatura	Peso

2. Dirección de su dependiente (si no es la dirección que figura en la sección 1):

3. ¿La persona mencionada es incapaz de realizar las tareas de su trabajo o está confinada en su hogar? Sí  No

4. La persona antes mencionada, **durante los últimos cinco años:**

- a. ¿ha sido sometida a cirugía o le han recomendado someterse a una cirugía y no lo ha hecho? Sí  No
- b. ¿ha estado en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico o tratamiento? Sí  No
- c. ¿ha usado o usa ahora cocaína, barbitúricos, anfetaminas, marihuana u otras drogas alucinógenas, heroína, opiáceos u otros narcóticos, excepto por los que le haya recetado un médico? Sí  No
- d. ¿ha sido tratada o aconsejada por alcoholismo? Sí  No
- e. ¿ha sido tratada o aconsejada por un psicólogo o psiquiatra? Sí  No
- f. ¿ha solicitado o recibido beneficios de ingresos o pensión por incapacidad relacionada con una enfermedad o lesión? Sí  No
- g. ¿le han rechazado, pospuesto, cambiado, aumentado, cancelado o retirado un seguro de vida, por incapacidad o de salud? Sí  No
- h. ¿le han diagnosticado o ha recibido tratamiento de un miembro de la profesión médica por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Complejo relacionado con el SIDA (ARC)? Sí  No

5. Durante los últimos cinco años, ¿la persona antes mencionada ha sido tratada o ha tenido problemas con algunos de los siguientes?:

- |                               | Sí                       | No                       |                                       | Sí                       | No                       |   | Sí                       | No                       |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Corazón o dolor de pecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. ¿Trastornos nerviosos o mentales?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m. ¿Aparato urinario?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Hipertensión arterial?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. ¿Artritis o reumatismo?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. ¿Bocio o glándulas?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Pulso anormal?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. ¿Úlceras o trastornos estomacales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o. ¿Pleuresia o asma?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Cáncer o tumores?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. ¿Intestinos o riñones?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | p. ¿Diarrea crónica?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Diabetes?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. ¿Hígado o cálculos biliares?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | q. ¿Neuritis o ciática?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Pulmones?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. ¿Trastornos genitales?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | r. ¿Trastornos de la espalda o espinales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. La persona antes mencionada, ¿**tiene en la actualidad** algún trastorno, afección (incluido embarazo), enfermedad o defecto que no haya aparecido en la lista anterior o está tomando medicamentos recetados o entregados por un médico u otro profesional para tratar algún trastorno, afección (incluido embarazo), enfermedad o defecto? Sí  No

7. ¿Cuáles son los detalles completos de todas las respuestas "Sí" de las secciones 3 a 6? Agregue páginas si es necesario

Nombre del dependiente	Número de pregunta y letra	Especifique la enfermedad o afección. Incluya el motivo de todos los chequeos, consejos médicos, tratamientos y medicamentos	Fecha en que empezó la enfermedad o afección		Tiempo perdido de las actividades normales	Recuperación completa (si corresponde)		Escriba con letra de imprenta los nombres completos, direcciones y números de teléfonos de los médicos y hospitales
			Mes	Año		Mes	Año	

---

**Sección 4**

Cualquier persona que incluye información falsa o engañosa en una solicitud de seguro bajo un contrato grupal está sujeta a sanciones penales y civiles.

Manifiesto que, a mi mejor saber y entender, las declaraciones hechas en esta solicitud son ciertas y están completas. Acepto que la cobertura solicitada está sujeta a las condiciones del plan y que entrará en vigencia en la fecha o fechas establecidas por el plan, siempre y cuando la evidencia de buena salud sea satisfactoria.

---

Firma del empleado/miembro

---

Fecha

---

**Sección 5 – AUTORIZACIÓN para divulgar información**

A: (1) Cualquier médico matriculado, profesional de la medicina, hospital, clínica u otra institución relacionada con la medicina; (2) cualquier compañía de seguros u organización de mantenimiento de la salud (u organización o institución similar); y (3) la Medical Information Bureau (Oficina de Información Médica).

Con el fin de poder determinar la elegibilidad para la cobertura de vida o incapacidad les autorizo a entregar cualquier información médica o registros que puedan tener sobre mi o mi salud mental o física a The Prudential Insurance Company of America y a sus subsidiarias y, a través de ellas a sus reaseguradoras, agentes autorizados y a la Medical Information Bureau. Esto también se aplica a todos los dependientes propuestos para la cobertura en la solicitud.

Esta autorización es válida por el menor de (1) dos años después de la fecha de entrada en vigencia de cualquier cobertura emitida en relación con ella o (2) 30 meses después de la fecha en que ha sido firmada. Una fotocopia de este formulario tendrá la misma validez que el original. La persona o personas que firmaron este formulario (1) han recibido una copia de la "Notificación sobre información médica" y (2) pueden recibir una copia de esta autorización si lo desean.

---

Firma del empleado/miembro

---

Número del Seguro Social del empleado/miembro

---

Fecha

---

Firma del cónyuge (si corresponde)

---

Fecha

---

## **Notificación sobre información médica**

Cuando evaluamos su solicitud de seguro, el estado de salud de la persona o personas para las que se solicita el seguro es, por supuesto, extremadamente importante para nosotros. En consecuencia, necesitamos hacerle preguntas sobre la salud y el historial médico de cada persona. Además, también se le pide que autorice a los médicos u hospitales a proporcionarnos informes, si son necesarios, sobre la salud de cada persona. En algunos casos, podemos pedir un examen físico.

Toda la información que obtengamos sobre la asegurabilidad de una persona será tratada en forma confidencial. No obstante, podemos preparar con ella un breve informe para la Medical Information Bureau (Oficina de Información Médica) (la Bureau), una organización sin fines de lucro, compuesta por miembros de compañías de seguros de vida, que facilita el intercambio de información en nombre de sus miembros. Cuando solicita un seguro de vida, por incapacidad o de salud o presenta una reclamación de beneficios ante cualquier compañía que sea miembro de la Bureau, incluida Prudential, la Bureau entregará la información que tiene en sus archivos si dicha compañía la pide. Podemos divulgar esta información a un médico, si es necesario, si descubrimos un problema de salud grave que usted desconoce. También podemos divulgar esta información a personas que llevan a cabo estudios sobre mortalidad o morbilidad. Si usted lo solicita, le daremos una descripción de otras circunstancias en las que divulgamos información sobre usted sin su autorización previa.

Usted tiene derecho a ver toda la información personal que recopilamos sobre usted y a efectuar correcciones si es necesario. Si lo solicita, le daremos instrucciones sobre cómo ejercer este derecho. Además, si usted presenta una solicitud, la Bureau dispondrá la divulgación de cualquier información incluida en su archivo personal. Si la Bureau envió la información y usted cuestiona su exactitud, puede comunicarse con la Bureau y pedir que la corrijan conforme a los procedimientos establecidos en la Federal Fair Credit Reporting Act (Ley federal sobre informes crediticios justos). La dirección de la Oficina de información de la Bureau es P.O. Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112. 617-426-3660.

**Se nos exige que le entregemos esta notificación.**

**Léala con cuidado y guárdela.**



Prudential Financial es una marca de servicio de The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102, EE. UU. y sus afiliadas.

## **NOTIFICACIÓN sobre póliza grupal de vida y médica con ingresos por incapacidad**

Gracias por elegir a The Prudential Insurance Company of America (Prudential) para sus necesidades de seguro. Antes de poder emitir la cobertura debemos revisar su formulario de solicitud o inscripción. Para ello necesitamos recopilar y evaluar información personal sobre usted. Esta notificación se le entrega con el fin de informarle acerca de ciertas prácticas de Prudential y sus derechos con relación a su información personal. Deseamos que sepa que:

- Se podrá recopilar información personal suministrada por otras personas o por personas propuestas para la cobertura, si corresponde.
- Esta información personal, así como otra información personal o reservada recopilada posteriormente por nosotros, puede ser divulgada sin autorización a terceros en ciertas circunstancias.
- Usted tiene derecho a acceder y corregir la información personal que recopilamos sobre usted y
- Cuando nos lo solicite le entregaremos una notificación más detallada sobre nuestras prácticas relacionadas con la información y sus derechos con respecto a ella. Si desea recibir esta notificación, póngase en contacto con:

The Prudential Insurance Company of America  
Group Medical Underwriting  
P.O. Box 8796  
Philadelphia, PA 19176

Toda la información que obtengamos sobre la asegurabilidad de una persona será tratada en forma confidencial. No obstante, podemos preparar con ella un breve informe para la Medical Information Bureau (Oficina de Información Médica) (la Bureau), una organización sin fines de lucro, compuesta por miembros de compañías de seguros de vida, que facilita el intercambio de información en nombre de sus miembros. Cuando solicita un seguro de vida, por incapacidad o de salud o presenta una reclamación de beneficios ante cualquier compañía que sea miembro de la Bureau, incluida Prudential, la Bureau entregará la información que tiene en sus archivos si dicha compañía la pide. Además, si usted presenta una solicitud, la Bureau dispondrá la divulgación de cualquier información incluida su archivo personal. Si la Bureau envió la información y usted cuestiona su exactitud, puede comunicarse con la Bureau y pedir que la corrijan conforme a los procedimientos establecidos en la Federal Fair Credit Reporting Act (Ley federal sobre informes crediticios justos). La dirección de la Oficina de información de la Bureau es P.O. Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112, 617-426-3660.

**Por favor conserve esta notificación para sus archivos.**