

## 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**

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <p>1. Nombre del empleado/miembro</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>                   | Inic.   | Apellido   | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <p>2. Número del Seguro Social del empleado/miembro</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <p>3. Número de teléfono del empleado/miembro</p> <p>De día <input style="width: 20px;" type="text"/>-<input style="width: 20px;" type="text"/>-<input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>De noche <input style="width: 20px;" type="text"/>-<input style="width: 20px;" type="text"/>-<input style="width: 40px;" type="text"/></p> |  |   |
| <p>4. Calle</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>   | <p style="text-align: right;">Apt.</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  |  |   |
| <p>Ciudad</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>   | <p>Estado</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>   | <p>Código postal</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |   |
| <p>5. Dirección de correo electrónico <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>               |   |  |   |

**Sección 2**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>6. Fecha de nacimiento (mes/día/año)</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/><br>mm dd aaaa | <p>7. Lugar de nacimiento (ciudad estado)</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/><br>Ciudad Estado |  |
| <p>8. Sexo</p> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   | <p>9. Estatura</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> pies <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> pulg.                                  | <p>10. Peso</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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 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, incapacidad o 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. ¿Pleurisía 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<br><i>Mes Año</i> | Tiempo perdido de las actividades normales | Recuperación completa (si corresponde)<br><i>Mes Año</i> | 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, incapacidad o 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. ¿Pleuresía 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

**En todos los estados, excepto Arkansas, Colorado, Florida, Maine, Maryland, Massachusetts, Ohio, Oregon, Nueva York, Nueva Jersey, Tennessee, Virginia, Washington y el Distrito de Columbia:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro lo que constituye un delito y causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

**En Arkansas, Colorado, Maine, Maryland, Nueva York, Ohio, Tennessee y el Distrito de Columbia:** Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro lo que constituye un delito y causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales. Además, cualquier persona que cometa un acto fraudulento de este tipo:

- puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión bajo la ley de Arkansas.
- está sujeta a penalidades que pueden incluir encarcelamiento, multas, o que le nieguen el seguro y daños civiles bajo las leyes de Colorado. Además, cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione datos o información falsa, incompleta o engañosa al tenedor de una póliza o reclamante con el propósito de estafar al tenedor de la póliza o reclamante en lo que se refiere a la suma pagadera por lo recaudado en el seguro se reportará a la Colorado Division of Insurance (División de Seguros de Colorado) del Department of Regulatory Agencies (Departamento de agencias reguladoras).
- puede estar sujeta a penalidades que pueden incluir encarcelamiento, multas o que le nieguen los beneficios del seguro bajo las leyes de Maine.
- puede ser encontrada culpable de estafa contra el seguro bajo las leyes de Maryland.
- está sujeta a sanciones civiles que no superen los \$5,000 y el valor declarado de la reclamación por cada infracción bajo las leyes de Nueva York. La presente notificación SÓLO corresponde a la cobertura en Nueva York de ingresos por incapacidad.
- es culpable de estafa al seguro bajo las leyes de Ohio.
- está sujeta a penalidades que incluyen encarcelamiento, multas o que le nieguen el pago de beneficios del seguro bajo las leyes de Tennessee.
- puede estar sujeta a encarcelamiento o multas o ambos bajo las leyes del Distrito de Columbia.

**En Florida:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.

**En Nueva Jersey:** Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro bajo un contrato grupal está sujeta a sanciones civiles y penales.

**En Virginia:** Cualquier persona que, a sabiendas, proporcione información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía ha cometido un delito. Las penalidades incluyen encarcelamiento, multas o que le nieguen el pago de beneficios del seguro.

**En Massachusetts:** Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro lo que causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

**En Oregon:** Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que puede ser un delito y causa de que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

**En Washington:** Cualquier persona que, a sabiendas, proporcione información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla, comete un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

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 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.**

## Evidence of Insurability

### Instructions for Employer/Association

1. Complete the form below.
2. Also complete all sections of the form noted PART A including product related information as applicable to the plan(s) requiring medical evidence of insurability.
3. The entire package should then be given to your employee or member for completion of PART B.

#### For Employer/Association Use Only:

In the space below, insert mailing address to which the notice of action should be sent.

Employee/Member Name: \_\_\_\_\_

Employer/Association Name & Address:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Group Contract No.: \_\_\_\_\_ Branch No.: \_\_\_\_\_

Submitting Location: \_\_\_\_\_

Submitted by:

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Title

\_\_\_\_\_ Telephone Number

\_\_\_\_\_ E-mail Address

\_\_\_\_\_ Date



**Part A**

**Employer/Association Information**

Complete this page for those plans requiring evidence of insurability, then give this package to the employee/member.

Employee/Member First Name  MI  Last Name

Date of Birth    Social Security Number  -  -   Sex  Male  Female

Street  Apt.

City  State  ZIP Code  -

Date individual first became eligible for coverage(s)/amount(s) of insurance this form applies to:

Employee/Member Annual Earnings: \$ \_\_\_\_\_

Is application being made for amounts above the life non-medical maximum? Yes  No   
 Is application being made as a late entrant? Yes  No   
 Is application being made for dependents? Yes  No

Complete only for those coverages and persons requiring evidence of insurability.  
(For example: Employee only, spouse only, or employee and spouse.)

**Life/AD&D**

Total Non-Medical Maximum \$ \_\_\_\_\_

|                    | Current Amount Inforce | + | Add'l or Initial Amount Requested | = | Total Amount |
|--------------------|------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------|
| Employee/Member    | \$ _____               | + | \$ _____                          | = | \$ _____     |
| Spouse (Life Only) | \$ _____               | + | \$ _____                          | = | \$ _____     |

**Long Term Disability**

|                 | Current Amount Inforce | + | Add'l or Initial Amount Requested | = | Total Amount |
|-----------------|------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------|
| Employee/Member | \$ _____               | + | \$ _____/mo                       | = | \$ _____     |

**Survivor Benefits Life**

|        | Current Amount Inforce | + | Add'l or Initial Amount Requested | = | Total Amount |
|--------|------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------|
| Spouse | \$ _____/mo            | + | \$ _____/mo                       | = | \$ _____     |
| Child  | \$ _____/mo            | + | \$ _____/mo                       | = | \$ _____     |

**Weekly Disability Income/Accident & Sickness Benefit**

Amount \$ \_\_\_\_\_

---

**Instructions for Employee/Member** (Complete the required sections as noted below.)**1. If you are providing evidence of insurability for:**

- a) Employee/Member coverage only – Complete Sections 1, 2, 4, and 5.**
  - b) Dependent coverage only – Complete Sections 1, 3, 4, and 5.**
  - c) Employee/Member and Dependent coverage – Complete all sections of this form.**
- (Note: Evidence of insurability is not required for children.)**

- 2. Please complete the form in blue or black ink. Sign and date Sections 4 and 5.
- 3. Please read and tear off the Important Medical Information Notice that accompanies these instructions and retain for your records. Please retain a copy of your completed application for your own records.
- 4. Mail the completed PART A and PART B forms to:

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

**This form can also be sent by fax to 877-605-6671**

The evaluation of your request for coverage may be delayed if you do not follow these instructions, if you and/or your dependent do not answer all questions on the PART B form, if you do not give complete details for any answers requiring details, or if you do not provide complete names and addresses of doctors and hospitals.

**NOTE:** Coverage is not effective until this request has been approved. You will be notified whether or not coverage has been approved.

If you have questions regarding the completion of these forms, please contact Prudential Customer Service at 888-257-0412 or e-mail us at [medical.uw@prudential.com](mailto:medical.uw@prudential.com).

---

**Part B Employee/Member Information**

---

**Section 1**

1. Employee/Member First Name

MI

Last Name

2. Employee/Member Social Security Number

--

3. Employee/Member Phone Number

Daytime  -Evening  -

4. Street

Apt.

City

State

ZIP Code

-

5. E-mail Address

---

**Section 2**

6. Date of Birth

  

month day year

7. Birth Place

city

state

8. Sex

 Male  Female

9. Height

 ft.  in.

10. Weight

 lbs.

**Section 2 (continued)**

11. Name and address of current doctor:

Physician First Name  MI  Last Name

Street  Suite

City  State  ZIP Code  -

12. Are you currently able to perform all the duties of your job?  Yes  No  
If "No," provide full details in item 17.

13. Have you **during the last five years:**

- a. had any surgery or been diagnosed as having or treated by a member of the medical profession for a condition that requires surgery? Yes  No
- b. been in a hospital, sanitarium, or other institution for observation, rest, diagnosis, or treatment? Yes  No
- c. used, or are now using, cocaine, barbiturates, amphetamines, marijuana or other hallucinatory drugs, heroin, opiates, or other narcotics, except as prescribed by a doctor? Yes  No
- d. been treated or counseled for alcoholism? Yes  No
- e. been treated or counseled by a psychologist or psychiatrist? Yes  No
- f. applied for or received disability income benefits or pension benefits on account of sickness or injury? Yes  No
- g. had life, disability, or health insurance declined, postponed, changed, rated-up, cancelled, or withdrawn? Yes  No
- h. been diagnosed as having, or treated by a member of the medical profession for, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC)? Yes  No

14. **Within the last five years**, have you been treated for, or had any trouble with, any of the following:

- |                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                              |                          |                          |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | Yes                      | No                       |                                 | Yes                      | No                       |                              | Yes                      | No                       |
| a. Heart or chest pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. Nervous or mental disorders? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m. Urinary system?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. High blood pressure? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. Arthritis or rheumatism?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. Goiter or glands?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Abnormal pulse?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. Ulcers or stomach disorders? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o. Pleurisy or asthma?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cancer or tumors?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. Intestines or kidneys?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | p. Chronic diarrhea?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Diabetes?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. Liver or gallstones?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | q. Neuritis or sciatica?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Lungs?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. Genital disorder?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | r. Back or spinal disorders? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. Do you **currently have** any disorder, condition (including pregnancy), disease, or defect not shown above, and/or are you currently taking medication prescribed or provided by a medical or other practitioner for any disorder, condition (including pregnancy), disease, or defect? Yes  No

16. Have you smoked cigarettes or used another tobacco product (including cigars or chewing tobacco) or used nicotine gum within the past year? If "Yes," which product? \_\_\_\_\_ Yes  No

17. What are the full details of all "Yes" answers to each part of 13 through 15? Attach additional pages if needed.

| Question Number and Letter | Specify illness or condition. Include reason for any check-up, doctor's advice, treatment, and/or medication | Date illness or condition began |      | Time lost from normal activities | Full recovery (if applicable) |      | Print full names, addresses, and telephone numbers of doctors and/or hospitals |
|----------------------------|--|---------------------------------|------|----------------------------------|-------------------------------|------|--|
|                            |  | Month                           | Year |                                  | Month                         | Year |  |
|                            |  |                                 |      |                                  |                               |      |  |
|                            |  |                                 |      |                                  |                               |      |  |
|                            |  |                                 |      |                                  |                               |      |  |
|                            |  |                                 |      |                                  |                               |      |  |

**Section 3**

1. Employee/Member's eligible dependent that requires evidence of insurability.

| Full Name | Social Security Number | Relationship to You | Date of Birth | Place of Birth | Height | Weight |
|-----------|------------------------|---------------------|---------------|----------------|--------|--------|
|           |                        |                     |               |                |        |        |
|           |                        |                     |               |                |        |        |

2. Address of your dependent (if different from address in Section 1):

3. Is the person named above unable to perform all of the duties of his/her job or home-confined? Yes  No

4. Has the person named above **during the last five years**:

- a. had any surgery or been diagnosed as having or treated by a member of the medical profession for a condition that requires surgery? Yes  No
- b. been in a hospital, sanitarium, or other institution for observation, rest, diagnosis, or treatment? Yes  No
- c. used, or is now using, cocaine, barbiturates, amphetamines, marijuana or other hallucinatory drugs, heroin, opiates, or other narcotics, except as prescribed by a doctor? Yes  No
- d. been treated or counseled for alcoholism? Yes  No
- e. been treated or counseled by a psychologist or psychiatrist? Yes  No
- f. applied for or received disability income benefits or pension benefits on account of sickness or injury? Yes  No
- g. had life, disability, or health insurance declined, postponed, changed, rated-up, cancelled, or withdrawn? Yes  No
- h. been diagnosed as having, or treated by a member of the medical profession for, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC)? Yes  No

5. **Within the last five years**, has the person named above been treated for, or had any trouble with, any of the following:

- |                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                              |                          |                          |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | Yes                      | No                       |                                 | Yes                      | No                       |                              | Yes                      | No                       |
| a. Heart or chest pain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. Nervous or mental disorders? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | m. Urinary system?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. High blood pressure? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. Arthritis or rheumatism?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. Goiter or glands?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Abnormal pulse?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. Ulcers or stomach disorders? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o. Pleurisy or asthma?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cancer or tumors?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. Intestines or kidneys?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | p. Chronic diarrhea?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Diabetes?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. Liver or gallstones?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | q. Neuritis or sciatica?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Lungs?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. Genital disorder?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | r. Back or spinal disorders? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Does the person named above **currently have** any disorder, condition (including pregnancy), disease, or defect not shown above, and/or is he/she currently taking medication prescribed or provided by a medical or other practitioner for any disorder, condition (including pregnancy), disease, or defect? Yes  No

7. What are the full details of all "Yes" answers to each part of 3 through 6 above? Attach additional pages if needed.

| Dependent's Name | Question Number and Letter | Specify illness or condition. Include reason for any check-up, doctor's advice, treatment, and/or medication | Date illness or condition began |      | Time lost from normal activities | Full recovery (if applicable) |      | Print full names, addresses, and telephone numbers of doctors and/or hospitals |
|------------------|----------------------------|--|---------------------------------|------|----------------------------------|-------------------------------|------|--|
|                  |                            |  | Month                           | Year |                                  | Month                         | Year |  |
|                  |                            |  |                                 |      |                                  |                               |      |  |
|                  |                            |  |                                 |      |                                  |                               |      |  |
|                  |                            |  |                                 |      |                                  |                               |      |  |
|                  |                            |  |                                 |      |                                  |                               |      |  |

---

#### Section 4

**In all states except Arkansas, Colorado, Florida, Maine, Maryland, Massachusetts, Ohio, Oregon, New York, New Jersey, Tennessee, Virginia, Washington, and the District of Columbia:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

**In Arkansas, Colorado, Maine, Maryland, New York, Ohio, Tennessee, and the District of Columbia:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties. In addition, any person who commits such a fraudulent act:

- may be subject to fines and confinement in prison under Arkansas law.
- is subject to penalties that may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages under Colorado law. Also, any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding, or attempting to defraud, the policyholder or claimant with regard to a settlement of award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.
- may be subject to penalties that may include imprisonment, fines, or a denial of insurance benefits under Maine law.
- may be found guilty of insurance fraud under Maryland law.
- is subject to civil penalties, with such penalties not exceeding \$5,000 and the stated value of the claim for each such violation under New York law. This notice ONLY applies to disability income coverage in New York.
- is guilty of insurance fraud under Ohio law.
- is subject to penalties including imprisonment, fines, and denial of insurance benefits under Tennessee law.
- may be subject to imprisonment and/or fines under the law of the District of Columbia.

**In Florida:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

**In New Jersey:** Any person who includes false or misleading information on an application for insurance under a group contract is subject to criminal and civil penalties.

**In Virginia:** Any person who knowingly provides false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company has committed a crime. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

**In Massachusetts:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which may subject such person to criminal and civil penalties.

**In Oregon:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which may be a crime and may subject such person to criminal and civil penalties.

**In Washington:** Any person who knowingly provides false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company commits a crime. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

I declare that, to the best of my knowledge and belief, the statements made in this application are complete and true. I agree that the coverage applied for is subject to the terms of the plan and shall become effective on the date or dates established by the plan, provided the evidence of good health is satisfactory.

---

Signature of Employee/Member

---

Date

---

**Section 5 — AUTHORIZATION For the Release of Information**

To: (1) Any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic, or other medically related facility, (2) any insurance company or health maintenance organization (or similar type organization or institution), and (3) the Medical Information Bureau. So that eligibility for life or disability coverage can be determined, I authorize you to give any data or records you may have about me or my mental or physical health to The Prudential Insurance Company of America and/or its subsidiaries and, through it, to its reinsurers, authorized agents, and the Medical Information Bureau. This also applies to any dependent proposed for coverage in the application. This authorization is valid for the lesser of (1) two years after the effective date of any coverage issued in connection with it or (2) 30 months after the date it is signed. A photocopy of this form will be as valid as the original. The person(s) who signed this form (1) have received a copy of the "Medical Information Notice" and (2) may have a copy of this authorization if they wish.

---

Signature of Employee/Member

Employee/Member Social Security No.

Date

---

Signature of Spouse (if applicable)

Date



---

## Medical Information Notice

When we evaluate your request for insurance, the state of health of the person(s) for whom insurance is requested is, of course, extremely important to us. Consequently, we need to ask you questions about the health and medical history of each person. In addition, you are also requested to authorize any physician or hospital to provide us with reports, if necessary, about the health of each person. In some instances, we may require a physical examination.

Any information we obtain regarding a person's insurability will be treated as confidential. We may, however, make a brief report of it to the Medical Information Bureau, a non-profit membership organization of life insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its members. When you apply for life, disability, or health insurance to any company, including Prudential, which is a member of the Medical Information Bureau, or submit a claim for benefits to such a company, the Bureau will, on request, give the company the information in its files. We may reveal this information, as necessary, to a doctor, if we find a serious health problem which you do not know about. We may also reveal this information to persons conducting mortality or morbidity studies. We will, if you ask, give you a description of other circumstances when we disclose information about you without your prior authorization.

You have the right to see any of the personal information we collect about you and to make corrections if necessary. If you ask, we will furnish you with instructions on how to exercise this right. In addition, upon receipt of a request from you, the Bureau will arrange disclosure of any information it may have in your file. If the information came from the Medical Information Bureau and you question the accuracy of the information in the Bureau's file, you may contact the Bureau and seek a correction in accordance with the procedures set forth in the Federal Fair Credit Reporting Act. The address of the Bureau's Information Office is P.O. Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112. 617-426-3660.

**It Is Required That You Be Given This Notice.**

**Please Read It Carefully, And Keep It For Your Records.**



Prudential Financial is a service mark of The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102, USA and its affiliates.

## Group Life and Disability Income Medical Underwriting NOTICE

Thank you for choosing The Prudential Insurance Company of America (Prudential) for your insurance needs. Before we can issue coverage we must review your application/enrollment form. To do this, we need to collect and evaluate personal information about you. This notice is being provided to inform you of certain practices Prudential engages in, and your rights, with regard to your personal information. We would like you to know that:

- Personal information may be collected from persons other than yourself or other individuals, if applicable, proposed for coverage;
- This personal information as well as other personal or privileged information subsequently collected by us may in certain circumstances be disclosed to third parties without authorization;
- You have a right of access and correction with respect to personal information we collect about you; and
- Upon request from you, we will provide you with a more detailed notice of our information practices and your rights with respect to such information. Should you wish to receive this notice, please contact:

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

Any information we obtain regarding a person's insurability will be treated as confidential. We may, however, make a brief report of it to the Medical Information Bureau (the Bureau), a non-profit membership organization of life insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its members. When you apply for life, disability, or health insurance to any company, including Prudential, which is a member of the Bureau, or submit a claim for benefits to such a company, the Bureau will, on request, give the company the information in its files. In addition, upon receipt of a request from you, the Bureau will arrange disclosure of any information it may have in your file. If the information came from the Bureau and you question the accuracy of the information in the Bureau's files, you may contact the Bureau and seek a correction in accordance with the procedures set forth in the Federal Fair Credit Reporting Act. The address of the Bureau's information office is: P.O. Box 105, Essex Station, Boston, MA 02112, (617) 426-3660.

**Please keep this notice for your records.**