

Envíe el formulario completado a:
 The Prudential Insurance Company of America
 Group Medical Underwriting, P.O. Box 70192
 Philadelphia, PA 19176

Nombre del empleador/asociación:

Contrato grupal N.º(s):

Sucursal N.º:

O envíelo por fax al:
 877-851-3157

Formulario corto con cuestionario sobre declaración de salud (Se debe completar un formulario separado por cada persona que requiere evidencia de asegurabilidad)

Información del empleado/miembro

Nombre

Inic. Apellido

Número y calle

Casilla de correo/N.º de apto.

Ciudad

Estado

Código postal

Número del Seguro Social

Número de identificación del empleado/miembro

Teléfono

Dirección de correo electrónico

Información del solicitante Relación con el empleado/miembro Solicitante Cónyuge

Nombre

Inic. Apellido

Número del Seguro Social

Cobertura del solicitante que requiere Evidencia de asegurabilidad: **Empleado/miembro** Vida **Cónyuge** Vida

Sexo

Femenino Masculino

Fecha de nacimiento: (mm-dd-aaaa)

Estatura

pies

Peso

pulg

lbs.

Por favor, responda las siguientes preguntas Marcando "Sí" o "No"

Sí No ¿Tiene **en la actualidad** algún trastorno, afección (incluido el embarazo) o enfermedad, o está tomando medicamentos recetados o entregados por un médico u otro profesional para tratar algún trastorno, afección (incluido el embarazo), o enfermedad que no sea un resfriado, tos o alergias?

Sí No ¿**Durante los últimos cinco años**, ha estado en un hospital u otra institución para observación, descanso, diagnóstico o tratamiento?

Sí No ¿**Durante los últimos cinco años**, alguna aseguradora le ha rechazado, pospuesto, cambiado, aumentado, cancelado o retirado un seguro de vida, incapacidad o salud?

Sí No ¿**Durante los últimos cinco años**, ha sido tratado o ha tenido alguno de los siguientes problemas: corazón, dolor de pecho, alta presión arterial, cáncer o tumores, diabetes, pulmones, riñones, hígado, alcoholismo, trastornos mentales o nerviosos, o un miembro de la profesión médica le ha diagnosticado o tratado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Complejo relacionado con el SIDA (ARC)?

Prudential se reserva el derecho de solicitar información de salud adicional en base a las respuestas suministradas a las preguntas anteriores.

He leído y entiendo los términos y requisitos de la Nota Importante incluida como página 2 de este formulario. 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 solicitante (salvo que sea un menor)

Fecha de la firma (mm-dd-aaaa)

Si el solicitante es un menor, firma del padre, tutor o persona responsable de su manutención

Relación

Fecha de la firma (mm-dd-aaaa)



* S L S F H S Q G 0 0 1 *

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE: Para los residentes de todos los estados excepto Florida, Nueva Jersey, Nueva York, Pensilvania, Utah, Vermont, Virginia y Washington: **ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o a sabiendas de que está facilitando la comisión de un fraude, proporcione datos o información incompletos, falsos, fraudulentos, engañosos o erróneos al presentar una solicitud de seguro o una reclamación por el pago de una pérdida o beneficio comete un acto fraudulento contra el seguro, es o puede ser culpable de un delito y puede ser procesada y castigada según las leyes del estado. Las penalidades pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello. **RESIDENTES DE 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 información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado. **RESIDENTES DE NUEVA JERSEY:** Cualquier persona que incluye información falsa o engañosa en una solicitud de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales. **RESIDENTES DE NUEVA YORK:** 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 será sometida a sanciones civiles sin exceder el monto de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación de cada una de estas infracciones. Esta nota se aplica ÚNICAMENTE a la cobertura de ingresos por accidentes o incapacidad. **RESIDENTES DE PENNSILVANIA y UTAH:** 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. **RESIDENTES DE VERMONT:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida falsa o fraudulenta o haga, a sabiendas, declaraciones falsas en una solicitud de seguro, puede ser culpable de un delito penal conforme a las leyes del estado. **RESIDENTES DE VIRGINIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o a sabiendas de que está facilitando la comisión de un fraude, proporcione datos o información incompletos, falsos, fraudulentos, engañosos o erróneos al presentar una reclamación por el pago de una pérdida o beneficio puede haber violado la ley estatal, es culpable de un delito y puede ser procesada y castigada según las leyes del estado. Las penalidades pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello. **RESIDENTES DE WASHINGTON:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, haga una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal bajo las leyes del estado.

Por favor conserve esta notificación para sus archivos.

La cobertura del seguro de vida grupal es emitida por The Prudential Insurance Company of America, una empresa de Nueva Jersey, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102.

Prudential y el logo del Peñón (the Rock) son marcas de servicio registradas de The Prudential Insurance Company of America y sus afiliadas.



* S L S F H S Q G 0 0 2 *

Esta nota es para su información y sus archivos. Por favor, no la devuelva.

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 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.