



Prudential

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

O envíelo por fax al: 877-851-3157

SEGURO GRUPAL

The Prudential Insurance Company of America

Nombre del empleador/asociación:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Contrato grupal N.º(s):

0	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

Formulario corto con cuestionario sobre declaración de salud

Nombre del empleado/miembro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inic. Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número del Seguro Social del empleado/miembro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del solicitante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inic. Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Calle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apt.

--	--	--	--	--	--

Ciudad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Estado

--	--	--	--

Código postal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número del Seguro Social

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo

☐ Masculino ☐ Femenino

Estatura

--	--	--	--

pies

--	--	--	--

pulg

Peso

--	--	--	--

lbs.

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

- Sí ☐ No ☐ ¿Tiene **en la actualidad** algún trastorno, afección (incluido el embarazo), enfermedad o defecto o **está tomando** medicamentos recetados o entregados por un médico u otro profesional para tratar algún trastorno, afección (incluido el embarazo), enfermedad o defecto que no sea un resfriado, tos, gripe o alergias?
- Sí ☐ No ☐ ¿**Durante los últimos cinco años**, ha estado en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico o tratamiento?
- Sí ☐ No ☐ ¿**Durante los últimos cinco años**, le han rechazado, pospuesto, cambiado, aumentado, cancelado o retirado un seguro de vida, incapacidad o salud?
- Sí ☐ No ☐ ¿**Durante los últimos cinco años**, 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), o ha recibido tratamiento o tenido problemas con algunos de los siguientes: corazón, dolor de pecho, hipertensión arterial, cáncer o tumores, diabetes, pulmones, riñones, hígado?

Si bien en este momento no se requiere información adicional de salud, Prudential se reserva el derecho de solicitar información sanitaria adicional en base a las respuestas suministradas a las preguntas anteriores.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE:

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 bajos las leyes de Tennessee.
- puede estar sujeta a encarcelamiento o multas o ambos bajos 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 solicitante (salvo que sea un menor)	Fecha
Si el solicitante es un menor, firma del padre, tutor o persona responsable de su manutención	Relación Fecha

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.

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 asegurable 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.