

Empleador:

Contrato grupal N.º(s):

Sucursal N.º:

Envíe el formulario completado a:

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

O envíelo por fax al:

877-605-6671

Declaración corta de salud

(Envíe un formulario separado por cada persona cuya cobertura requiera evidencia de asegurabilidad)

Empleado

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

Teléfono

Dirección de correo electrónico

Nombre de la persona para la que se solicita el seguro

 Relación c/empleado: Empdo. Cónyuge o pareja doméstica

Nombre

Inic. Apellido

Número del Seguro Social

 Cobertura que requiere evidencia de asegurabilidad: **Empleado** Vida **Cónyuge o pareja doméstica** Vida

Sexo:

 Femenino Masculino

Fecha de nacimiento: (mm-dd-aaaa)

Por favor, responda estas preguntas marcando "Sí" o "No". Nota: En esta sección, "usted" se refiere a la persona para la que se solicita el seguro.

 Sí No **¿Tiene en la actualidad** algún desorden, afección o enfermedad, o está tomando medicamentos recetados para algún trastorno, afección o enfermedad (que no sea: reflujo ácido, alergias, resfrío, tos, hernia de disco, colesterol alto, artritis no reumatoide, hipo o hipertiroidismo o embarazo)?

 Sí No **Durante los últimos cinco años**, ¿le han diagnosticado, tratado, ha tenido síntomas o ha estado en el hospital o en otra institución por cualquiera de las siguientes dolencias?:

- Dolor de pecho, enfermedad o trastorno cardíaco, alta presión arterial;
- Cáncer, tumores;
- Enfermedad respiratoria o trastorno pulmonar;
- Esclerosis múltiple, epilepsia, convulsiones, ataque cerebral;
- Enfermedad o trastorno renal, hepático o del páncreas;
- SIDA, complejo relacionado con el SIDA;
- Diabetes;
- Trastorno mental o nervioso;
- Alcoholismo, drogadicción;
- Dolor crónico, artritis reumatoide, lupus o
- Colitis, enfermedad de Crohn, bypass gástrico.

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


* S L S F A A R 0 0 1 *

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

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

Notificación importante: Para los residentes de todos los estados, excepto: Alabama, Arkansas, Carolina del Norte, Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, 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 ALABAMA: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas compensatorias o encarcelamiento o una combinación de las dos.

RESIDENTES DE ARKANSAS, DEL DISTRITO DE COLUMBIA, LUISIANA y RHODE ISLAND: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE: Cualquier persona que, con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros o a otro reclamante del seguro, sabe que la declaración que presenta contiene información falsa o engañosa sobre un hecho o asunto que tenga relación material con la reclamación, puede ser culpable de un delito grave de clase H.

RESIDENTES DE KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro 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.

RESIDENTES DE MAINE y 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 penas incluyen encarcelamiento, multas y que le nieguen los beneficios del seguro.

RESIDENTES DE MARYLAND: Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY: Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

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 PUERTO RICO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o cause la presentación de una reclamación fraudulenta de pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, además del encarcelamiento, será sancionada por cada infracción con una multa no menor a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) y no mayor a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000) o con un período fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. Si hubiera circunstancias agravantes, la pena establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años y, si hubiera circunstancias atenuantes, se podrá reducir a un mínimo de dos (2) años.

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, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa a una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede haber violado la ley estatal.



* S L S F A A R 0 0 2 *

Contrato grupal N.º(s):

Sucursal N.º:

0 0

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.

He leído y entiendo los términos y requisitos de las advertencias sobre fraude incluidas como parte 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 que la evidencia de buena salud sea satisfactoria.

Su nombre en letra de imprenta

Apellido

Número del Seguro Social

Su firma (salvo que sea un menor)

Fecha de la firma (mm-dd-aaaa)

Si la persona para la que se solicita el seguro es un menor,
firma del padre/madre, tutor o persona responsable de su manutención

Relación

Fecha de la firma (mm-dd-aaaa)

Guarde una copia de este formulario para sus archivos.



* S L S F A A R 0 0 3 *

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

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

Autorización para la divulgación de información Esta autorización está destinada a cumplir con la cláusula sobre privacidad de la HIPAA. Autorizo e instruyo a cualquier plan de salud, médico, profesional de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, centro médico, administrador de beneficios de farmacia, farmacia minorista, centro de información, almacén de datos u otra organización similar que agrega y mantiene datos de farmacia u otro proveedor de atención médica que me haya tratado o prestado servicios durante los últimos 5 años (“mis proveedores”) a divulgar a The Prudential Insurance Company of America (“Prudential”) y, a través de ella, a sus reaseguradoras, agentes autorizados y MIB, Inc., mi historia clínica completa y toda otra información médica relacionada conmigo. Esto incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (en Vermont y Wisconsin esta información queda excluida) y las enfermedades de transmisión sexual. Esto también incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia. También autorizo a MIB, Inc. a divulgar cualquier dato que tenga sobre mí para la cobertura de Prudential. Con mi firma al pie acepto que todos los acuerdos que he celebrado para restringir la divulgación de información médica no se aplican a esta autorización e instruyo a mis proveedores a liberar y divulgar mi historia clínica completa sin restricciones, lo que incluye, entre otras, todas las restricciones sobre elementos o servicios de atención médica por los cuales he pagado en su totalidad de mi bolsillo a un proveedor de atención médica. Esta información médica se divulgará conforme a esta autorización para que Prudential pueda: 1) aprobar una solicitud de cobertura y determinar riesgos, 2) administrar la cobertura y 3) realizar otras actividades legales que se relacionan con cualquier cobertura que tengo o le haya solicitado a Prudential. Esta autorización seguirá vigente por 24 meses después de la fecha de mi firma al pie y una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, enviando una solicitud de revocación firmada a The Prudential Insurance Company of America; Group Medical Underwriting, P.O. Box 8796, Philadelphia, PA 19176, Atención: Senior Medical Underwriting Consultant. Entiendo que dicha revocación no tiene vigencia en la medida en que Prudential haya actuado conforme a ella o en que Prudential tenga el derecho legal de impugnar una reclamación bajo el contrato de seguro o el contrato en sí mismo. Entiendo que toda la información que se divulgue conforme a esta autorización podrá ser divulgada a terceros y no estará protegida por la cláusula de privacidad de la HIPAA. (Solo en Montana puedo pedir el registro de todas las divulgaciones subsiguientes de mi información médica protegida). Entiendo que si me rehúso a firmar esta autorización para la divulgación de mi historia médica completa y toda otra información médica relacionada conmigo, es posible que Prudential no procese una solicitud de cobertura. Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización.



* S L S F A A R 0 0 4 *

Contrato grupal N.º(s):

Sucursal N.º:

0 0

Declaración de entendimiento: Declaro que todas las declaraciones y respuestas realizadas dentro de este formulario de solicitud o en uno adjunto, son verdaderas y están completas según mi mejor saber y entender. Entiendo que mi solicitud, incluidas las partes que contienen información médica, se enviarán al administrador del plan, que actúa como titular de la póliza, y que este enviará la solicitud a la compañía de seguros. Además, entiendo que la cobertura entrará en vigencia solo después de que se hayan cumplido todas estas condiciones: esta solicitud ha sido aprobada por Prudential, se ha emitido el certificado mientras todas las personas a ser aseguradas con el mismo están con vida, las respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud siguen siendo verdaderas y están completas hasta la fecha de entrada en vigencia y se ha pagado el aporte inicial a la prima. También entiendo que la cobertura no entrará en vigencia si los hechos han cambiado. Asimismo he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y requisitos adicionales expresados en las secciones Autorización para la divulgación de información y Aviso importante. Entiendo que completar esta solicitud no implica de ninguna manera que se me aceptará para la cobertura de seguro.

Form input for Name in block letters

Nombre en letra de imprenta

Form input for Surname

Apellido

Form input for Social Security Number

Su número del Seguro Social

Su firma (excepto que sea menor de edad)

Form input for Signature Date

Fecha de la firma (mm-dd-aaaa)

Si la persona para la que se solicita el seguro es menor de edad: firma del padre, madre, tutor o persona responsable de la manutención

Relación

Form input for Signature Date

Fecha de la firma (mm-dd-aaaa)

Guarde una copia de este formulario en su archivo.

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

© 2022 Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.



* S L S F A A R 0 0 5 *

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 con la información que tiene 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

La información relacionada con su asegurabilidad será tratada en forma confidencial. No obstante, podemos preparar con ella un breve informe para la MIB, Inc., antes llamada Medical Information 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. Si solicita un seguro de vida, incapacidad o salud a otra compañía miembro de la MIB o presenta una reclamación de beneficios a dicha compañía, MIB, si se lo solicitan, le entregará a esa compañía la información sobre usted que tiene en sus archivos. Además, si usted presenta una solicitud, la MIB dispondrá la divulgación de cualquier información incluida en su archivo personal. Comuníquese con la MIB al 866-692-6901. Si cuestiona la exactitud de la información existente en el archivo de la MIB, puede comunicarse con la MIB y pedir que la corrijan de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Fair Credit Reporting Act (Ley federal sobre informes crediticios justos). La dirección de la oficina de información de la MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734. Los consumidores pueden obtener información sobre la MIB en su sitio web: www.mib.com.

Por favor, conserve esta notificación.