



LifeMap Assurance Company®
P.O. Box 1271, M/S E8L
Portland, OR 97207
(800) 794-5390
Fax (855) 854-4750

Correo electrónico: Medical.UW@LifeMapCo.com

Formulario de Evidencia de Asegurabilidad de LifeMap

Sección 1: Información del solicitante. Complete con tinta oscura.

Nombre del empleador				Número de grupo			
<input type="checkbox"/> Nueva inscripción - Fecha de contratación/recontratación (dd/mm/aaaa)				<input type="checkbox"/> Cambio de inscripción existente			
Nombre del empleado (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Fecha de nacimiento		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguridad social	
Ocupación		Salario anual			Estatura: __ pies _ pulgadas	Peso: ___ libras	
Domicilio particular (calle, ciudad, estado y código postal)					Número de teléfono		
Nombre del cónyuge (si se solicita cobertura)					Fecha de nacimiento		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de Seguridad social				Estatura: __ pies _ pulgadas		Peso: ___ libras	
Nombre del menor dependiente (si está solicitando cobertura)			Nombre del menor dependiente (si está solicitando cobertura)				
Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura: __ pies _ pulgadas	Peso: ___ libras	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura: __ pies _ pulgadas	Peso: ___ libras

Si tiene más hijos elegibles, adjunte una hoja que muestre su información.

Sección 2: Elecciones de cobertura. Por favor, indique la cantidad total de la cobertura que desea tener para la inscripción inicial o para cuando se hagan cambios a la cobertura.

Seguro de Vida Básico – Monto elegido			
Empleado \$ _____ o _____ X sus ganancias anuales		Cónyuge \$ _____ Hijo(s) \$ _____	
Discapacidad de Corto Plazo Básico	<input type="checkbox"/> Cobertura elegida	<input type="checkbox"/> Sin cobertura	
Discapacidad de Largo Plazo Básico (al mes)	<input type="checkbox"/> Cobertura elegida	<input type="checkbox"/> Sin cobertura	
Enfermedad Crítica Básico - Monto elegido	<input type="checkbox"/> Cobertura elegida	<input type="checkbox"/> Sin cobertura	
Empleado \$ _____		Cónyuge \$ _____ Hijo(s) \$ _____	
Seguro de vida voluntario – Monto elegido			
Empleado \$ _____ o _____ X sus ganancias anuales		Cónyuge \$ _____ Hijo(s) \$ _____	
Discapacidad de Corto Plazo Voluntario	<input type="checkbox"/> Cobertura elegida	<input type="checkbox"/> Sin cobertura	
Discapacidad de Largo Plazo Voluntario	<input type="checkbox"/> Cobertura elegida	<input type="checkbox"/> Sin cobertura	
Enfermedad Crítica Voluntario – Monto elegido			
Empleado \$ _____		Cónyuge \$ _____ Hijo(s) \$ _____	

IMPORTANTE: Por favor, continúe completando el formulario en la página siguiente.

NOMBRE DEL EMPLEADO:

Sección 3: Preguntas sobre salud

Cada Solicitante debe responder cada una de las preguntas a su leal saber y entender. En caso de niños menores de edad, se requiere que un tutor legal responda a cada una de las preguntas.

	Empleado	Cónyuge	Hijo(s)
1. En los últimos 2 años y si está solicitando cobertura, ¿usted o su cónyuge han consumido cigarrillos u otros productos derivados del tabaco?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
2. En los últimos 5 años, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha sido tratada o diagnosticada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el Complejo relacionado al SIDA (CRS)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
3. En los últimos 5 años, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha sido diagnosticada, recibido cuidados médicos o tomado medicamentos para una enfermedad o trastorno de cualquiera de los siguientes?			
a. Cardíaco o Cardiovascular (tal como Enfermedad Cardíaca, Presión Arterial Alta, Arterioesclerosis, Enfermedad de Arteria Coronaria, Ataque Cardíaco, Dolor de Pecho, Soplo Cardíaco o Palpitaciones, Cardiomiopatía, Trastorno de Válvulas Cardíacas o Insuficiencia Cardíaca)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
b. Circulatorio (tal como ACV, Ataque Isquémico Transitorio (AIT) o Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
c. Sangre (tal como Anemia, Leucemia, Mieloma Múltiple o Trombocitosis)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
d. Endócrino (tal como Diabetes, Tiroides, Adrenal o Trastorno Pituitario)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
e. Respiratorio (tal como Asma, EPOC, Enfisema o Fibrosis Quística)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
f. Riñón, tracto Urinario o Próstata (tal como Proteinuria o Anormalidad de PSA)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
g. Gastrointestinal o Hígado (tal como Hepatitis, Colitis, Diverticulosis, Enfermedad de Crohn, Pancreatitis, Úlcera o Disminución de la Función Hepática)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
h. Autoinmune o Tejido Conectivo (tal como Lupus, Artritis Reumatoide, Escleroderma, Esclerosis Múltiple o Enfermedad Mixta de Tejido Conectivo)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
i. Nervioso, Mental o Emocional (tal como Ansiedad, Depresión, Pérdida de la Memoria, Esquizofrenia, Trastorno del Estado de Ánimo o Intento de Suicidio)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
j. Neurológico o Nervioso Central (tal como Epilepsia, Convulsión, Mareos, Enfermedad Neuromotora, ALA, Distrofia Muscular, Parálisis Cerebral, Parálisis o Enfermedad de Parkinson)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
k. Musculoesquelético (tal como Artritis, Osteoartritis, Enfermedad Degenerativa de Discos o Articular, Túnel Carpiano, Condición de articulación de la rodilla, cadera, hombro u otra articulación)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
4. En los últimos 5 años, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha sido diagnosticada, recibido cuidados médicos o tomado medicamentos para cualquiera de los siguientes?			
a. Cáncer, Enfermedad de Hodgkin, Linfoma, Crecimiento Maligno o Tumor	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
b. Epstein Barr, Síndrome de Fatiga Crónica o Fibromialgia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
c. Consumo de alcohol, drogas y/o sustancias	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
5. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha recibido el consejo o la recomendación de un médico para una cirugía que aún no ha sido realizada? (excepto embarazo u ortopedia)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
6. En los últimos 5 años, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura tuvo una condición que ha durado 3 meses o más por la cual se recomendó o recibió atención o tratamiento o para la cual un médico o proveedor de atención médica recetó un medicamento?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
7. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura está discapacitada o tiene una condición que impide o limita actividades?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
8. Si es mujer, ¿está usted actualmente embarazada? Si la respuesta es sí, fecha de parto anticipada (MM/DD/AA): _____	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
9. Durante los últimos 5 años, ¿se ha ausentado del trabajo por más de cinco días consecutivos debido a su propia enfermedad o lesión (excluyendo el embarazo)?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

NOMBRE DEL EMPLEADO:

Proporcione detalles a todas las respuestas "SÍ" dadas en las preguntas sobre salud en la Sección 3.
Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja aparte firmada y fechada.

Número de pregunta	Individual	Enfermedad/razón para control o tratamiento/consulta del médico	Fechas		Nombre completo y dirección completa del médico tratante u otro profesional médico
			Desde	Hasta	

IMPORTANTE: Por favor, continúe completando el formulario en la página siguiente.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE LA INFORMACIÓN

En el curso de suscribir y administrar adecuadamente su cobertura de seguro, LifeMap Assurance Company dependerá en gran medida de la información que usted proporcione. También podemos recopilar información de otros, tales como profesionales médicos que lo han tratado, hospitales, MIB Inc. y otras compañías de seguros.

La información relacionada con su asegurabilidad será tratada como confidencial. Sin embargo, LifeMap Assurance Company o sus reaseguradores pueden hacer un breve reporte a MIB, una organización sin fines de lucro de compañías de seguros que opera un intercambio de información en nombre de sus Miembros. Si aplica a otra compañía miembro de MIB para cobertura de seguro de vida o de salud, o si se presenta una reclamación de beneficios ante dicha compañía, MIB, a petición, proporcionará a dicha compañía la información en su registro.

Al recibir una solicitud suya, MIB organizará la divulgación de cualquier información que pueda tener en su registro. Si se cuestiona la exactitud de la información en el archivo de MIB, puede comunicarse con MIB y solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley de Información Justa sobre Crédito La dirección de la oficina de información de MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA, 02184-8734 o puede comunicarse por correo electrónico escribiendo a infoline@mib.com.

En determinadas circunstancias, y de conformidad con la legislación aplicable, nosotros o nuestros reaseguradores también podemos divulgar su información personal o privilegiada en nuestros registros a terceros sin su autorización. Usted tiene derecho a que le informen y a ver una copia de los elementos de su información personal que aparecen en nuestros registros, incluida la información contenida en los informes de los consumidores de investigación. Usted también tiene el derecho de solicitar la corrección de la información personal que cree que es inexacta.

De acuerdo con la ley aplicable, nosotros o nuestros reaseguradores también podemos divulgar información contenida en nuestros registros, incluida información en una solicitud, a otras compañías de seguros a las cuales usted solicita un seguro de vida o de salud o al cual se presenta una reclamación.

Para que no haya duda de que los beneficios del seguro serán pagaderos en el momento en que se haga una reclamación, le recomendamos que revise atentamente su solicitud para asegurarse de que las respuestas son correctas y completas.

LO ANTERIOR ES UNA DESCRIPCIÓN GENERAL DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN. SI DESEA OBTENER UNA EXPLICACIÓN MÁS DETALLADA DE ESTAS PRÁCTICAS, ENVÍE SU SOLICITUD A:

**LIFEMAP ASSURANCE COMPANY
ATTN: INDIVIDUAL UNDERWRITING
200 SW MARKET STREET
P.O. Box 1271, M/S E8L
PORTLAND, OR 97207**

NOMBRE DEL EMPLEADO:

Sección 4: Autorización para divulgar información personal y solicitud para seguro

Autorización para divulgar información: Autorizo a cualquier médico licenciado, médico practicante, hospital, clínica u otra institución médica o médicamente relacionada, MIB Inc., compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga algún registro o conocimiento sobre mi persona o de mi salud, reunidos durante el curso y el alcance de su negocio, a proporcionar a LifeMap Assurance Company o a sus reaseguradores cualquier información, incluida información sobre el uso o abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales, virus del SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual (con excepción de los registros de VIH) con pruebas previas con el propósito de obtener un seguro. Esta autorización es válida durante 24 meses a partir de la fecha en que se firmó. Acepto que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Privacidad.

Advertencia de fraude al seguro:

A menos que a continuación se proporcione lenguaje oficial específico, el siguiente aviso general de fraude estará vigente: Toda persona que a sabiendas proporciona información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía puede ser culpable de un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y la negación de beneficios del seguro.

Para residentes de Washington: Es un crimen proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. La penalización puede incluir prisión, multas y denegación de los beneficios de seguro.

Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario: La falsedad de cualquier declaración en la solicitud no impedirá el derecho a recuperación bajo la póliza, a menos que dicha declaración falsa se hiciera con la intención real de engañar o a menos que haya afectado sensiblemente ya sea la aceptación del riesgo o el peligro asumido por la aseguradora.

La información en esta solicitud se proporciona para obtener un seguro, y las afirmaciones y respuestas son verdaderas y están completas, en la medida de mi (nuestro) leal saber y entender. Yo (nosotros) comprendo que (a) el seguro solicitado no entrará en vigencia hasta que se apruebe la solicitud y seré notificado de la Fecha de entrada en vigencia del seguro; y (b) todos los seguros están sujetos a las disposiciones de elegibilidad de la póliza; y (c) para estar asegurado, debo estar trabajando activamente (como se define en la política de grupo). Si no estoy trabajando activamente en la fecha en que mi (nuestra) cobertura entraría en vigencia, mi (nuestra) cobertura no comenzará hasta el día en que vuelva al trabajo.

Si mis (nuestras) respuestas en esta solicitud son falsas o incorrectas, LifeMap Assurance Company tiene derecho a denegar beneficios o rescindir su cobertura hasta por dos años desde la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

ESTE FORMULARIO NO ES VÁLIDO HASTA QUE ESTÉ FIRMADO POR TODOS LOS SOLICITANTES Y FECHADO.

▶ _____

Firma del empleado

▶ _____

Fecha de firma

▶ _____

Firma del cónyuge (si se solicita cobertura)

▶ _____

Fecha de la firma

Para ayudar a garantizar un procesamiento eficiente, envíe el formulario completo por correo postal, fax o correo electrónico a:

LifeMap Assurance Company
P.O. Box 1271, M/S E8L
Portland, OR 97207

Fax (855) 854-4750

Correo electrónico: Medical.UW@LifeMapCo.com



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo a cualquier médico, administrador de beneficios de farmacia, farmacia minorista, cámara de compensación, plan de salud o compañía de seguros a divulgar información sobre mí acerca de medicamentos recetados que obre en su poder a Milliman IntelliScript en nombre de LifeMap Assurance Company ("LifeMap"). El propósito de esta divulgación es que Milliman proporcione la información a LifeMap para evaluar mi solicitud de productos de seguro de Vida, Discapacidad y/o Enfermedad Crítica.

Entiendo que esta información de medicamentos recetados puede contener datos sensibles, incluidos datos relacionados con el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental y reproducción o anticoncepción (incluida atención prenatal y aborto). Autorizo específicamente la divulgación de información sobre medicamentos recetados relacionada con abuso de alcohol o sustancias y entiendo que mis registros de alcohol y abuso de sustancias están protegidos bajo la ley federal (42 CFR Parte 2) y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que en 42 CFR Parte 2 se disponga lo contrario. También entiendo que puedo cancelar esta aprobación en cualquier momento, como se describe a continuación.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a LifeMap Assurance Company, a la atención de: Individual Underwriting, PO Box 1271 M/S E8L, Portland, OR 97207. La cancelación de esta autorización no afectará ninguna medida tomada por ninguna entidad que esté divulgando información antes de recibir la notificación de cancelación.
- Completar esta autorización es una condición para ser elegible y estar inscrito en los productos de Vida, Discapacidad y/o Enfermedad Crítica de LifeMap.
- Una vez que alguna persona(s) o entidad(es) revele(n) mi información a una receptor autorizado, la información podría estar sujeta a nuevas divulgaciones de parte del receptor y las protecciones de privacidad dispuestas por ley ya no aplicarían. Consulte el Aviso de Privacidad de LifeMap para acceder a información sobre cómo LifeMap protege la confidencialidad de su información personal.
- Ninguna de las personas autorizadas y entidades arriba mencionadas ni Milliman son responsables de ninguna medida tomada por un destinatario autorizado de mi información médica protegida.

Esta autorización vencerá en seis (6) meses a partir de la fecha de su firma a continuación.

Nombre completo del solicitante (en imprenta clara)

Fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA)

Nombre del grupo

Número de grupo

Firma del solicitante

Fecha

Si está firmando esta autorización en nombre de otra persona, complete lo siguiente y adjunte documentación que demuestre su autoridad para actuar en nombre de las personas (por ejemplo, Poder, Tutela, Conservadurismo, etc.)

Nombre del representante personal

Relación

Teléfono

Firma del representante personal

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo a cualquier médico, administrador de beneficios de farmacia, farmacia minorista, cámara de compensación, plan de salud o compañía de seguros a divulgar información sobre mí acerca de medicamentos recetados que obre en su poder a Milliman IntelliScript en nombre de LifeMap Assurance Company ("LifeMap"). El propósito de esta divulgación es que Milliman proporcione la información a LifeMap para evaluar mi solicitud de productos de seguro de Vida, Discapacidad y/o Enfermedad Crítica.

Entiendo que esta información de medicamentos recetados puede contener datos sensibles, incluidos datos relacionados con el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental y reproducción o anticoncepción (incluida atención prenatal y aborto). Autorizo específicamente la divulgación de información sobre medicamentos recetados relacionada con abuso de alcohol o sustancias y entiendo que mis registros de alcohol y abuso de sustancias están protegidos bajo la ley federal (42 CFR Parte 2) y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que en 42 CFR Parte 2 se disponga lo contrario. También entiendo que puedo cancelar esta aprobación en cualquier momento, como se describe a continuación.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a LifeMap Assurance Company, a la atención de: Individual Underwriting, PO Box 1271 M/S E8L, Portland, OR 97207. La cancelación de esta autorización no afectará ninguna medida tomada por ninguna entidad que esté divulgando información antes de recibir la notificación de cancelación.
- Completar esta autorización es una condición para ser elegible y estar inscrito en los productos de Vida, Discapacidad y/o Enfermedad Crítica de LifeMap.
- Una vez que alguna persona(s) o entidad(es) revele(n) mi información a una receptor autorizado, la información podría estar sujeta a nuevas divulgaciones de parte del receptor y las protecciones de privacidad dispuestas por ley ya no aplicarían. Consulte el Aviso de Privacidad de LifeMap para acceder a información sobre cómo LifeMap protege la confidencialidad de su información personal.
- Ninguna de las personas autorizadas y entidades arriba mencionadas ni Milliman son responsables de ninguna medida tomada por un destinatario autorizado de mi información médica protegida.

Esta autorización vencerá en seis (6) meses a partir de la fecha de su firma a continuación.

Nombre completo del solicitante (en imprenta clara)

Fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA)

Nombre del grupo

Número de grupo

Firma del solicitante

Fecha

Si está firmando esta autorización en nombre de otra persona, complete lo siguiente y adjunte documentación que demuestre su autoridad para actuar en nombre de las personas (por ejemplo, Poder, Tutela, Conservadurismo, etc.)

Nombre del representante personal

Relación

Teléfono

Firma del representante personal

Fecha