



**INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL  
FORMULARIO DE EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD  
Unum Life Insurance Company of America**

**Unum es una marca registrada y marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras. El producto de seguro es suscrito por Unum Life Insurance Company of America.**

Para acelerar el proceso, este formulario ha sido diseñado para ser escaneado y leído ópticamente. Conteste todas las preguntas en forma clara, legible y en letra imprenta.

1. Llene este formulario en su totalidad en caso de tener que suscribirse a su plan en forma individual para calificar para el seguro. Especifique qué cobertura está solicitando. Si no está seguro, consulte con el administrador de su plan.
2. Asegúrese de haber contestado todas las preguntas de manera completa y precisa. Se deberá proporcionar la información relativa al nombre, dirección y número de grupo de su Empleador, como también su información personal. Si no contesta todas las preguntas, no se iniciará el proceso de preselección de riesgos.
3. Todos los empleados y cónyuges que soliciten una cobertura que requiera una preselección de riesgos deberán contestar todas las preguntas de salud de la sección 2. Si solicita una cobertura por incapacidad, o el monto de seguro de vida para el que se requiere una preselección de riesgos excede los U\$S 150,000, también deberá completar la sección 3.
4. Por favor, incluya los números de teléfono de su hogar y el del trabajo, dado que es posible que debamos solicitar información adicional por teléfono.
5. Firme y coloque la fecha donde se indica y haga una copia de este formulario para sus archivos. Una vez que haya llenado el formulario, envíelo al administrador de su plan. También puede enviarlo por correo a la siguiente dirección:

Unum  
P.O. Box 9783  
Portland, ME 04104-5083

La evaluación de la solicitud se basará en la información que usted haya proporcionado. Es posible que además tengamos que solicitarle a usted o a sus médicos información adicional. Puede que para algunas coberturas y montos se requiera un breve examen médico, análisis de sangre, análisis de orina y/o electrocardiograma (EKG). Estas pruebas se realizarán según su conveniencia y pueden efectuarse en su lugar de trabajo o en su hogar. Le notificaremos si se necesita información adicional. Unum pagará por la información o pruebas adicionales que sean necesarias para evaluar su solicitud.

**ADVERTENCIA:** Si las respuestas en su solicitud son incorrectas o falsas, Unum podrá negarle los beneficios o invalidar su seguro. Toda persona que, a sabiendas, y con el propósito de defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una solicitud de seguro con información falsa, incompleta o engañosa, podrá estar sujeta a multas civiles o penales, dependiendo de la ley estatal.

**AVISO:** También está disponible una versión de este documento en inglés. Por favor consulte con el administrador de su plan o con el departamento de Recursos Humanos para obtener una copia en inglés.



## Conteste las siguientes preguntas a su mejor saber y entender:

<b>¿Alguna de las personas</b> que solicitan la cobertura fueron diagnosticadas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? No se requiere que el solicitante divulgue los resultados de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>Sección 1 Preguntas sobre salud relacionadas con los hijos dependientes</b>		
<b>1. En los últimos 5 años,</b> ¿algún dependiente ha recibido tratamiento por diabetes, trastornos cardíacos o cáncer (exceptuando carcinoma de piel de células basales o escamosas)? ¿Hay algún dependiente que padezca parálisis cerebral, fibrosis quística o distrofia muscular? En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s) del (de los) hijo(s).	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<b>Sección 2 Preguntas sobre salud relacionadas con empleado y su cónyuge</b>		
<b>Todos los empleados y cónyuges que soliciten cobertura deben completar esta sección.</b>		
<b>1. En los últimos 2 años,</b> ¿utilizó usted sustancias controladas con la excepción de aquellas recetadas por un médico, recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por abuso de drogas o alcohol, o se declaró culpable, <i>Nolo contendere</i> (ni culpable ni inocente) o fue condenado por un delito grave, delito menor o cargo como resultado de conducir un automóvil bajo la influencia de drogas y/o alcohol?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>2. En los últimos 2 años,</b> ¿se le recetaron tres o más medicamentos a ser tomados simultáneamente para la hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>3. En los últimos 5 años,</b> ¿recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por psicosis, cáncer interno incluidos melanoma, leucemia o enfermedad de Hodgkin, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), distrofia muscular, angina de pecho, o se le realizó una cirugía cardíaca o padeció un ataque cardíaco o accidente isquémico transitorio (AIT)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>4. En los últimos 10 años,</b> ¿recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar crónica incluido enfisema, diabetes tratada con insulina o medicamentos orales, hepatitis (salvo tipo A), cirrosis hepática, enfermedad renal crónica incluida hipertensión o insuficiencia, lupus sistémico o enfermedades del tejido conectivo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>5. ¿Se encuentra</b> en silla de ruedas por alguna razón además de paraplejía?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Sección 3 Si el monto que requiere suscripción supera los U\$S 150,000 o solicita una cobertura por incapacidad, deberá completar la sección 3. De lo contrario, firme la solicitud y devuélvala.</b>		
<b>Si sus respuestas son afirmativas, proporcione los detalles solicitados en el cuadro de la página siguiente.</b>		
<b>1. En los últimos 2 años,</b> ¿ha volado como piloto privado o estudiante de aviación, ha participado en carreras de lancha o automovilísticas, ha volado ultralivianos, practicado buceo, aladeltismo, aerostación, paracaidismo, alpinismo o algún deporte o pasatiempo similar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>2. ¿Alguna vez</b> consumió barbitúricos, anfetaminas, cocaína, drogas alucinógenas o algún narcótico no recetado por un médico, se le aconsejó reducir el consumo de alcohol, recibió tratamiento o se le arrestó en relación con el alcohol o se le aconsejó recibir asesoramiento por el consumo de alcohol o drogas? En caso afirmativo, proporcione la frecuencia de consumo y fecha en que se consumió por última vez, indique afección(es), medicamento(s), fecha(s) de tratamiento, tratamiento recibido y recuperación, nombre, dirección y número de teléfono del médico/hospital, fecha de ocurrencia, número de licencia de conducir y estado emisor donde se ordenó el arresto.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>3. ¿Alguna vez</b> se declaró culpable, <i>Nolo contendere</i> (ni culpable ni inocente) o fue condenado por un delito grave o delito menor? En caso afirmativo, indique el nombre de la persona, del (de los) arresto(s). y/o si actualmente se encuentra en libertad condicional.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>4. En los últimos 2 años,</b> ¿se declaró culpable, <i>Nolo contendere</i> (ni culpable ni inocente) o fue condenado por cometer 3 o más infracciones por exceso de velocidad al volante? En caso afirmativo, indique el nombre de la persona, tipo y fecha(s) de infracción(es), número de licencia de conducir y estado donde se emitió.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>5. En los últimos 10 años,</b> ¿recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por epilepsia, trastornos nerviosos, emocionales o mentales, parálisis, trastornos cutáneos, óseos, de músculos, o de espalda, rodilla, cuello o articulaciones, trastornos musculares o neurológicos, Fibromialgia o Síndrome de Fatiga Crónica? En caso afirmativo, indique la(s) condición(es), medicamento(s), fecha(s) del tratamiento, procedimiento recibido y recuperación, y nombre, dirección y número de teléfono del médico/hospital.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>6. En los últimos 7 años,</b> ¿recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por diabetes, asma, trastornos pulmonares o respiratorios, enfermedades tiroideas u otras enfermedades endocrinas, trastornos cardíacos o circulatorios, accidente cerebrovascular (incluidos accidentes isquémicos transitorios), dolor de pecho, hipertensión arterial, cáncer, enfermedades gastrointestinales, genitourinarias, renales o hepáticas? En caso afirmativo, indique la(s) condición(es), medicamento(s), fecha(s) del tratamiento, procedimiento recibido y la fecha de recuperación, nombre, dirección y número de teléfono del médico/hospital.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>7. En los últimos 7 años,</b> ¿tomó en forma continua medicamentos de venta libre, suplementos naturales que no sean vitaminas o recibió tratamientos terapéuticos? En caso afirmativo, indique todos los medicamentos de venta libre, incluidos suplementos naturales, la dosis, la afección y fecha del inicio de la misma. Indique además las terapias, las afecciones relacionadas y las fechas de los tratamientos recibidos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>8. En los últimos 7 años,</b> ¿se le recetaron medicamentos o consultó a un profesional médico por alguna razón distinta de las afecciones mencionadas anteriormente, o siente actualmente algún síntoma por el cual no haya consultado a un profesional médico? En caso afirmativo, proporcione detalles, incluidos síntomas, fechas de ocurrencia, medicamentos, tratamiento y nombre, dirección y número de teléfono del profesional médico que lo atendió.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>9. ¿Padece</b> de alguna enfermedad que impida o limite sus actividades o se encuentra actualmente embarazada? En caso afirmativo, proporcione detalles, incluidos los síntomas, y describa la(s) limitación(es). Si está embarazada, proporcione la fecha prevista del parto.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Detalles de las respuestas “afirmativas”.

Número de pregunta	Nombre	Descripción detallada	Fecha	Duración	Tratamiento recibido y recuperación	Nombre y dirección de médicos y hospitales

Si necesita más espacio, anexe una hoja adicional.

### Autorización

Autorizo a cualquier persona u organización a proporcionar a las subsidiarias de Unum o a sus representantes debidamente autorizados (Unum) lo detallado en cualquiera de los siguientes puntos:

- información sobre cualquier enfermedad o lesión que yo padezca o haya padecido, incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades mentales o abuso de drogas o alcohol. Esta autorización excluye la divulgación de los resultados de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Dichos resultados no podrán ser divulgados ni publicados. Entiendo que nada en esta advertencia prohibirá que esta autorización mencione el hecho de que algún solicitante padezca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- información sobre mi historia médica que incluya cualquier consulta, receta, tratamiento o beneficio.
- copias de todos los documentos que puedan ser solicitados en relación con mi persona o mis familiares, e información no médica sobre mi persona o mis familiares.

El término “persona u organización”, utilizado anteriormente, se refiere a un médico o profesional médico, hospital, clínica u otro establecimiento de atención médica, compañía de seguros o de reaseguro, agencia de apoyo o de informes sobre seguros, farmacia, agencia gubernamental o empleador.

Entiendo que la información obtenida por medio de esta autorización será utilizada por Unum para determinar la elegibilidad para el seguro y los beneficios. Unum no divulgará ningún dato obtenido a ninguna persona u organización, salvo a las compañías reaseguradoras o a otras personas u organizaciones que brinden servicios con relación a mi solicitud o reclamo.

Entiendo que esta autorización será válida por dos años a partir de la fecha de la solicitud y que una fotocopia de dicha autorización tendrá la misma validez que la original. Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento, salvo que haya sido utilizada con anterioridad a la notificación de cancelación por escrito. También entiendo que, de cancelarse esta autorización, dicha cancelación puede considerarse como base para denegar beneficios de seguro. Esta autorización puede ser cancelada enviando una notificación escrita a: Unum, Attn: Group Medical Underwriting, P.O. Box 9783, Portland, ME 04104-5083.

Según entiendo y creo, las declaraciones que he realizado en esta solicitud son verdaderas y entiendo que las mismas son la base para cualquier cobertura bajo la póliza de grupo para la que se requiere Evidencia de asegurabilidad. He leído y entendido la autorización, y tanto mi representante autorizado como yo tenemos el derecho de recibir una copia. Entiendo que el hecho de no firmar esta autorización podría afectar la capacidad de Unum de procesar mi solicitud o evaluar un reclamo, y que esto podría ser motivo para la denegación de mi solicitud o reclamo de beneficios.

### Authorization

I authorize any person or organization to give Unum subsidiaries or their duly authorized representatives (Unum) any of the following:

- information about any injury or illness I have or I have had, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), mental illness or drug or alcohol abuse. This authorization excludes disclosure of Human Immunodeficiency Virus (HIV) test results. Such test results shall not be disclosed or published. I understand that nothing in this caveat will prohibit this authorization from including the fact that an applicant has Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).
- information about my medical history including any consultations, prescriptions, treatments or benefits.
- copies of all records that may be requested concerning me or my family members, and
- non-medical information about me or my family members.

The term person or organization, which is used above, means a physician or medical practitioner, a hospital, clinic or other medical treatment facility, any insurance or reinsurance company, insurance support or reporting agency, pharmacy, government agency, or employer.

I understand that the information obtained by use of this authorization will be used by Unum to determine eligibility for insurance and eligibility for benefits. Unum will not release any of the obtained information to any other person or organization except reinsuring companies or other persons or organizations performing services in connection with my application or claim.

I understand that this authorization shall be valid for two years from the date shown on the application and that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time except to the extent it has been relied on prior to written notice of revocation. I also understand that, if I revoke this authorization, such revocation may be a basis for denying insurance benefits. This authorization may be revoked by sending written notice to: Unum, Attn: Group Medical Underwriting, P.O. Box 9783, Portland ME 04104-5083.

The statements I have made on this application are true to the best of my knowledge and belief, and I understand that they form the basis of any coverage under the group policy for which Evidence of Insurability is required. I have read and understand the Authorization, and I and my authorized representative have a right to receive a copy. I understand that failure to sign this Authorization may impair Unum’s ability to process my application or evaluate a claim, and that this may be a basis for denying my application or claim for benefits.

Firma del empleado

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

Firma del hijo (si tiene 18 años o más)

Fecha



## **El compromiso de Unum acerca de su privacidad**

Unum entiende que su privacidad es importante. Valoramos nuestra relación con usted y nos comprometemos a proteger la confidencialidad de la información personal no pública (nonpublic personal information, NPI, por sus siglas en inglés). La presente notificación explica por qué recopilamos la NPI, qué hacemos con ella y cómo protegemos su privacidad.

### ***Recopilación de la información***

Recopilamos la NPI sobre nuestros clientes para brindarles productos y servicios de seguros. Esta información puede incluir datos, tales como: número de teléfono, dirección, fecha de nacimiento, vocación, ingresos y antecedentes médicos. Podemos recibir la NPI por medio de sus solicitudes y formularios, proveedores médicos, otras aseguradoras, empleadores, organizaciones de asistencia para aseguradoras y proveedores de servicios.

### ***Posibilidad de compartir la información***

Compartimos los tipos de NPI antes descritos principalmente con las personas que nos brindan servicios de seguros, comerciales y profesionales, tales como aquellas que colaboran con nosotros en el pago de reclamaciones y en la detección de fraudes. Podemos compartir la NPI con proveedores médicos con fines de seguros y tratamiento. Podemos compartir la NPI con una organización de asistencia para aseguradoras. Dicha organización puede retener NPI y divulgarla a otras organizaciones a las que les brinde servicios. En ciertos casos, podemos compartir la NPI con titulares de pólizas colectivas con el fin de llevar a cabo informes y auditorías. Podemos compartir la NPI con las partes involucradas en una venta posible o definitiva de negocios de seguros, o con fines de estudio. También podemos compartir la NPI en los casos en que las leyes lo exijan o permitan, tales como compartir información con autoridades gubernamentales u otras autoridades legales. Cuando sea exigido por la ley, solicitaremos su permiso antes de compartir su NPI. Nuestras prácticas se aplican a nuestros clientes anteriores, actuales y futuros.

Puede estar seguro de que no compartimos NPI de su salud para comercializar ningún tipo de producto ni servicio. Tampoco compartimos la NPI para comercializar ningún tipo de producto ni servicio no financiero. Por ejemplo, no venderemos su nombre a compañías de ventas por catálogo.

Las leyes nos permiten compartir la NPI según se describe anteriormente (con excepción de información de salud) con compañías afiliadas para comercializar productos y servicios financieros. La ley no le permite restringir este tipo de divulgaciones. Asimismo, podemos compartir información con compañías que colaboran con nosotros para comercializar nuestros productos y servicios de seguros, tales como proveedores que nos brindan servicios de envío por correspondencia. Podemos compartir información con otras instituciones financieras para comercializar conjuntamente productos y servicios financieros. Cuando las leyes lo exijan, solicitaremos su permiso antes de compartir la NPI con fines de comercialización.

Cuando otras compañías colaboren con nosotros para realizar negocios, asumimos que cumplirán con las leyes sobre privacidad aplicables. No las autorizamos a usar ni compartir la NPI excepto cuando sea necesario para llevar a cabo el trabajo que estén realizando para nosotros o para cumplir con requisitos regulatorios u otros requisitos gubernamentales.

Las compañías que forman Unum, que incluyen aseguradoras y proveedores de servicios de seguros, pueden compartir entre ellas su NPI. La NPI puede no estar relacionada directamente con nuestra transacción o experiencia con usted. Puede incluir información financiera u otro tipo de información personal, tales como antecedentes laborales. De acuerdo con la Ley de Informes Justos de Crédito (Fair Credit Reporting Act), solicitamos su permiso antes de compartir la NPI que no esté relacionada directamente con nuestra transacción o experiencia con usted.

## ***Protección de la información***

Contamos con medidas preventivas físicas, electrónicas y de procedimiento que protegen la confidencialidad y seguridad de la NPI. Solo permitimos el acceso a empleados que necesitan conocer la NPI para brindarle a usted productos o servicios de seguros.

## ***Acceso a la información***

Puede solicitar acceso a cierta NPI que recopilamos para brindarle productos y servicios de seguros. Debe presentar su solicitud por escrito y enviarla a la dirección que aparece más adelante. La carta debe incluir su nombre completo, dirección, número de teléfono y número de póliza en caso de que le hayamos emitido una póliza. Si lo solicita, le enviaremos copias de la NPI. Si la NPI incluye información de salud, podemos brindarle dicha información de salud a través de un profesional de la salud que usted designe. También le enviaremos información relacionada con divulgaciones. Podemos cobrarle un cargo razonable para cubrir nuestros costos de copiado.

Esta sección se aplica a la NPI que recopilamos para brindarle cobertura. No se aplica a la NPI que recopilamos en caso de que surja una reclamación o un procedimiento civil o penal.

## ***Corrección de la información***

Si cree que la información de NPI en nuestro poder acerca de usted es incorrecta, por favor escríbanos al respecto. Su carta debe incluir su nombre completo, dirección, número de teléfono y número de póliza, en caso de que le hayamos emitido una póliza. Su carta también debe explicar los motivos por los cuales usted cree que la NPI no es precisa. Si estamos de acuerdo con usted, corregiremos la NPI y le notificaremos sobre la corrección. Asimismo, notificaremos a toda persona que pueda haber recibido de nuestra parte la NPI incorrecta durante los dos años anteriores, si así usted nos lo solicita.

Si no estamos de acuerdo con usted, le informaremos que no se realizará la corrección. Le explicaremos el(los) motivo(s) de nuestra decisión negativa. Asimismo, le informaremos que puede presentarnos una declaración. Su declaración debe incluir la NPI que usted cree que es correcta. Asimismo, debe incluir el(los) motivo(s) por el(los) cual(es) no está de acuerdo con nuestra decisión de no corregir la NPI en nuestros registros. Archivaremos su declaración con la NPI objetada. Incluiremos su declaración cada vez que divulguemos la NPI objetada. También le entregaremos la declaración a toda persona que usted designe en caso de que hayamos divulgado la NPI objetada a esa persona durante los dos años anteriores.

## ***Decisiones sobre la cobertura***

Si decidimos no emitirle cobertura, le explicaremos el(los) motivo(s) específico(s) de nuestra decisión. Asimismo, le informaremos acerca de cómo tener acceso a cierta NPI y corregirla.

## ***Comunicación con nosotros***

Para obtener información adicional sobre el compromiso de Unum con la privacidad, visite [www.Unum.com/privacy](http://www.Unum.com/privacy) o [www.coloniallife.com](http://www.coloniallife.com) o escriba a: Privacy Officer, Unum, 2211 Congress Street, C476, Portland, Maine 04122. Nos reservamos el derecho de modificar la presente notificación. Le proporcionaremos una nueva notificación si cambiamos sustancialmente nuestras prácticas sobre privacidad.

*Unum le proporciona esta notificación en nombre de las siguientes compañías aseguradoras: Unum Life Insurance Company of America, First Unum Life Insurance Company, Provident Life and Accident Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company, Colonial Life & Accident Insurance Company, The Paul Revere Life Insurance Company y The Paul Revere Variable Annuity Insurance Company.*

Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries. The insurance product is underwritten by Unum Life Insurance Company of America.