



EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

Según sus selecciones de beneficios para empleados, necesitamos que nos dé más información. Complete y devuelva este formulario completo a THE LINCOLN NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY (la Compañía). Nosotros ("la Compañía") usamos este formulario, conocido como evidencia de asegurabilidad, para recopilar información médica adicional. Esta información nos ayuda a evaluar su solicitud de seguro o una mayor cantidad de seguro. El seguro que requiere este formulario no entrará en vigor hasta que le enviemos una aprobación por escrito.

Escriba claramente con tinta y letra de molde. Una solicitud incompleta demorará el procesamiento.

Información del empleador	
Nombre del grupo: University of California	ID/Número de grupo: 06-037972
Grupo o lugar de facturación:	Clasificación de grupo:
Números de póliza:	

Motivo de la solicitud:

Aumento de salario o sueldo
 Participante tardío (persona que solicita el seguro después de la elegibilidad inicial)
 Inscripción anual
 Inscripción inicial
 Cambio en el estado familiar
 Empleado nuevo (recién elegible)
 Actualización de beneficios fuera del período de inscripción
 Otro _____

A. Información de seguro del solicitante (empleado) - Obligatoria.

Nombre	Inicial segundo nombre	Apellido		
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Estado donde nació	ID de empleado	
Dirección (Incluir número de apartamento o suite)		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono móvil	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Mejor horario para llamar	
()	()	()	A. M. P. M.	
		Sexo al nacer:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
		Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero
			<input type="checkbox"/> Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> Unión civil
Información del empleo:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial	Ocupación del empleado: _____
Ingresos: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por quincena <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> \$ _____ anuales		Fecha de contratación: ____/____/____		
¿Está el empleado trabajando de forma activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de recontractación: ____/____/____		

Marque la casilla o casillas para cada tipo de seguro colectivo que solicita y complete la cantidad del seguro que solicita. Su empleador puede ayudarlo a completar esta sección. Todas las cantidades del seguro están sujetas a las limitaciones y exclusiones que se indican en la póliza y en el certificado.

Tipo de seguro colectivo	Cantidad actual	Cantidad adicional	Cantidad total
<input type="checkbox"/> Seguro de vida básico (Empleado)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro de vida de dependientes (cónyuge o pareja de hecho)*	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo (STD)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo (LTD)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro de vida voluntario (Empleado)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro de vida voluntario (Cónyuge o pareja de hecho)*	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo (STD)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo (LTD)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro por enfermedad crítica (Empleado)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Seguro por enfermedad crítica (Cónyuge o pareja de hecho)*	\$ _____	\$ _____	\$ _____

*Se requiere que el empleado tenga seguro para poder obtener un seguro para dependientes.

**EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD
(continuación)**

B. Información sobre el dependiente (cónyuge, pareja de hecho, pareja de unión civil) del solicitante. Complete solo si solicita un seguro para dependientes. (Adjunte una hoja adicional si es necesario).

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo al nacer	Estado donde nació
Cónyuge o pareja de hecho:			____-____-____	____/____/____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Dé información de contacto si es diferente a la información del empleado de arriba.

Dirección (Incluir número de apartamento o suite)		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono móvil (____) _____	Teléfono de casa (____) _____	Teléfono del trabajo (____) _____	Mejor horario para llamar A. M. P. M.	
Dirección de email _____				

DECLARACIÓN MÉDICA

C. Información médica – Los solicitantes deben completar esta sección si solicitan CUALQUIER tipo de seguro.

	Estatura	Peso		Estatura	Peso
Empleado:	____pies____pulg.	_____libras.	Cónyuge o pareja de hecho:	____pies____pulg.	_____libras.

	Empleado		Cónyuge o pareja de hecho	
	Sí	No	Sí	No
1. Entiendo que la Compañía se basa en la información que doy en este formulario para evaluar mi solicitud de seguro. Entiendo que cualquier información incorrecta o información no revelada en esta solicitud podría resultar en demoras en la suscripción, pérdida de beneficios o falta de pago de reclamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En los últimos 12 meses, ¿alguno de los solicitantes del seguro consumió algún tipo de tabaco o productos con nicotina (incluyendo cigarrillos, cigarrillos, tabaco de mascar, vapeo, cigarrillos electrónicos y suplementos de nicotina como chicles y parches)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Información médica – Los solicitantes deben completar esta sección si solicitan un seguro de vida o por discapacidad. Debe responder SÍ o NO a cada pregunta por solicitante para evitar una demora en el procesamiento.

1. En los últimos 5 años, según su leal saber y entender, ¿alguno de los solicitantes del seguro fue diagnosticado o tratado por un miembro matriculado de la profesión médica por alguna de las siguientes enfermedades, dolencias o condiciones?	Empleado		Cónyuge o pareja de hecho	
	Sí	No	Sí	No
a. Arteriopatía coronaria, angina, isquemia, ataque cardíaco o infarto de miocardio, angioplastia cardíaca, cirugía de bypass o colocación de stent, cardiomiopatía, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia cardíaca, aneurisma aórtico o cardíaco, cardiopatía congénita, hipertrofia ventricular izquierda (LVH), electrocardiograma (EKG) anormal, angioplastia vascular, endarterectomía, enfermedad de la arteria carótida, corazón o válvula cardíaca, estenosis pulmonar, reemplazo/reparación de válvula, fibrilación/aleteo auricular, ritmo cardíaco anormal, implantación de marcapasos, hipertensión/presión alta, antecedentes de derrame cerebral, miniderrame cerebral o ataque isquémico transitorio (TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cáncer o tumor (excluyendo el carcinoma de células basales), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardiopulmonar que requiere oxígeno, bronquitis crónica, asma, sarcoidosis, enfisema, tuberculosis, insuficiencia respiratoria, embolia pulmonar, fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar, enfermedad hepática, hepatitis, hepatitis autoinmune, enfermedad hepática por consumo de alcohol, cirrosis, hígado graso, enfermedad de Wilson, colangitis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedad renal crónica, insuficiencia renal, enfermedad renal que requiere diálisis, cálculos renales, enfermedad renal poliquística, nefritis, nefropatía, trastorno renal congénito, glomerulonefritis, preeclampsia o diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, epilepsia, neuropatía, esclerosis lateral amiotrófica (ALS), enfermedad de Huntington, enfermedad neuromuscular, parálisis cerebral, ataque cerebral (CVA), encefalopatía o demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lupus, síndrome antifosfolípido, anemias hemolíticas autoinmunes, esclerodermia, anemia de células falciformes, factor V de Leiden, anemia aplásica, hemocromatosis, púrpura trombocitopénica idiopática (ITP), púrpura trombocitopénica trombótica (TPP) o policitemia vera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD
(continuación)**

e. Enfermedad mental que requiere tratamiento (incluyendo hospitalización) por un médico, psiquiatra, psicólogo, consejero o terapeuta. (Los ejemplos incluyen, entre otros, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno obsesivo compulsivo (OCD), autismo, trastorno de estrés postraumático (PTSD), trastornos de la personalidad, psicosis, trastornos alimentarios, trastornos disociativos, trastorno afectivo bipolar y síndrome de Tourette, depresión, ansiedad o abuso de alcohol o drogas).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. Fractura, espondilosis, espondilólisis, espondilolistesis, ruptura intervertebral, hernia o protrusión de un disco (deslizamiento de disco), hernia de disco, enfermedad degenerativa del disco (DDD), enfermedad degenerativa de las articulaciones (DJD), cirugía de espalda, escoliosis, trastornos congénitos de la columna vertebral, ciática, osteoartritis, artritis reumatoide, artritis psoriásica, enfermedad degenerativa de las articulaciones, lesión o daño de los ligamentos, cartílagos o meniscos de la rodilla, cirugía de una articulación, reemplazo de una articulación, síndrome del túnel carpiano, juanete, fascitis plantar, dedo en martillo, epicondilitis, dolor crónico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h. ¿Faltó al trabajo o a la escuela por más de 7 días consecutivos debido a alguna enfermedad, dolencia o condición?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. En los últimos 5 años , según su leal saber y entender, ¿diagnosticó un profesional médico el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) a alguno de los solicitantes del seguro? Nota: LA LEY DE CALIFORNIA PROHÍBE QUE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS MÉDICOS EXIJAN O USEN UNA PRUEBA DE VIH COMO CONDICIÓN PARA OBTENER LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si una pregunta fue respondida con SÍ en la SECCIÓN D, entonces debe completar la SECCIÓN E de abajo.

E. Más información

Dé información para cualquier pregunta respondida con SÍ en la SECCIÓN D. (Adjunte una hoja adicional si es necesario).					
Número de pregunta	Nombre del solicitante	Condición/Diagnóstico	Tratamiento/Nombres de medicamentos	Fecha de diagnóstico y fechas en que le recetaron los medicamentos	¿Lo están tratando actualmente?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD
(continuación)**

F. Información médica – Los solicitantes deben completar esta sección si solicitan un seguro por enfermedad crítica. Debe responder **SÍ o **NO** a cada pregunta por solicitante para evitar una demora en el procesamiento.**

DEBE ESTAR CUBIERTO PARA QUE SE APLIQUE LA COBERTURA MÉDICA, DE HOSPITAL Y QUIRÚRGICA.*	Empleado		Cónyuge o pareja de hecho	
	Sí	No	Sí	No
1. En los últimos 5 años , según su leal saber y entender, ¿alguno de los solicitantes del seguro fue diagnosticado o tratado por un miembro matriculado de la profesión médica por lupus sistémico, diabetes tipo I o II, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) o complejo relacionado con el sida (ARC), o sarcoidosis? Nota: LA LEY DE CALIFORNIA PROHÍBE QUE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS MÉDICOS EXIJAN O USEN UNA PRUEBA DE VIH COMO CONDICIÓN PARA OBTENER LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En los últimos 5 años , según su leal saber y entender, ¿alguno de los solicitantes del seguro fue diagnosticado o tratado por un miembro matriculado de la profesión médica por una condición para la que se instaló un marcapasos, o fue diagnosticado o recibió tratamiento para cualquier tipo de fibrilación, enfermedad de las arterias coronarias, aterectomía o cualquier tipo de cirugía cardíaca, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiomiopatía, derrame cerebral, accidente isquémico transitorio, cardiopatía congénita, o tratamiento anticoagulante crónico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Según su leal saber y entender, ¿alguno de los solicitantes del seguro está tomando actualmente tres o más medicamentos para la presión alta (HBP) o le cambiaron o aumentaron los medicamentos para la HBP en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En los últimos 5 años , según su leal saber y entender, ¿alguno de los solicitantes del seguro fue diagnosticado o tratado por un miembro matriculado de la profesión médica por cáncer interno, linfoma, leucemia o melanoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En los últimos 5 años , según su leal saber y entender, ¿alguno de los solicitantes del seguro fue diagnosticado o tratado por un miembro matriculado de la profesión médica por fibrosis quística, hipertensión renal o cualquier enfermedad o trastorno de los riñones (los ejemplos incluyen, entre otros, enfermedad renal crónica, enfermedad renal que requiere diálisis, insuficiencia renal, cálculos renales, enfermedad renal poliquística, nefritis, nefropatía y glomerulonefritis), enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, fibrosis pulmonar, hepatitis (sin incluir la hepatitis A), enfermedad o trastorno del hígado (los ejemplos incluyen, entre otros, enfermedad hepática, hepatitis autoinmune, enfermedad hepática por consumo de alcohol, cirrosis hepática, hígado graso, enfermedad de Wilson, colangitis biliar primaria y colangitis esclerosis primaria)? ¿Recibió o donó un órgano alguno de los solicitantes del seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En los últimos 5 años , según su leal saber y entender, ¿alguno de los solicitantes del seguro fue diagnosticado o tratado por un miembro matriculado de la profesión médica por glaucoma o retinitis pigmentosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Está cubierto cada solicitante por una póliza o contrato de seguro individual o colectivo que organice o dé cobertura médica, de hospital y quirúrgica no diseñada para complementar otros planes privados o gubernamentales?

Sí No (si la respuesta es "No", no se emitirá el seguro por enfermedad crítica).

***PARA SEGURO POR ENFERMEDAD CRÍTICA: LAS PERSONAS DEBEN TENER COBERTURA MEDIANTE UNA PÓLIZA O CONTRATO INDIVIDUAL O COLECTIVO QUE DISPONGA O DÉ COBERTURA MÉDICA, DE HOSPITAL Y QUIRÚRGICA NO DISEÑADA PARA COMPLEMENTAR OTROS PLANES PRIVADOS O GUBERNAMENTALES. EL EMPLEADO Y EL CÓNYUGE DEBEN ESTAR CUBIERTOS POR DICHO PLAN SI SOLICITAN UN SEGURO POR ENFERMEDAD CRÍTICA PARA EL CÓNYUGE DEPENDIENTE.**

**EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD
(continuación)**

G. Advertencia de fraude/Revelaciones estatales

ES POSIBLE QUE SE ESTÉ COMETIENDO FRAUDE EN MATERIA DE SEGUROS SI UNA PERSONA PRESENTA UNA SOLICITUD QUE CONTenga UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR (O A SABIENDAS DE QUE ESTÁ AYUDANDO A DEFRAUDAR) A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS. LA FALSEDAD DE CUALQUIER DECLARACIÓN EN ESTA SOLICITUD NO IMPEDIRÁ EL DERECHO A INDEMNIZACIÓN SEGÚN LA PÓLIZA, A MENOS QUE DICHA DECLARACIÓN FALSA SE HAYA HECHO CON INTENCIÓN REAL DE ENGAÑAR O A MENOS QUE HAYA AFECTADO MATERIALMENTE A LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO O AL PELIGRO ASUMIDO POR LA ASEGURADORA.

H. Reconocimientos y declaraciones (Escriba sus iniciales en cada punto y firme donde se indica).

1. Solicito el seguro para el que soy elegible (o puedo llegar a serlo) o para el que mi cónyuge o pareja de hecho es elegible (o puede llegar a serlo) según las pólizas colectivas emitidas por la Compañía; _____ (iniciales)
2. Declaro, a mi leal saber y entender, que la declaración médica de arriba es verdadera y completa, y que cada punto respondido afirmativamente está revelado en su totalidad; _____ (iniciales)
3. Declaro que, si completé la Declaración médica de arriba para obtener un seguro para mi cónyuge o pareja de hecho, hablé y revisé con mi cónyuge o pareja de hecho las respuestas y la información dada en nombre de mi cónyuge o pareja de hecho en la Declaración médica y, a nuestro leal saber y entender, la parte de la Declaración médica del cónyuge o pareja de hecho es verdadera y completa, y cada punto respondido afirmativamente está revelado en su totalidad; _____ (iniciales)
4. Reconozco que leí la **Advertencia de fraude/Revelaciones estatales**; _____ (iniciales)
5. Entiendo que para continuar con la elegibilidad debo seguir siendo un empleado activo que trabaje al menos el mínimo de horas o, de lo contrario, seguir estando asegurado como se describe en el contrato; y _____ (iniciales)
6. **Yo (empleado solicitante) completé y firmé la AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN adjunta. El solicitante (cónyuge o pareja de hecho) completó y firmó otra AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN, de ser necesario.** _____ (iniciales)

Firma del (empleado) solicitante: **X** _____ Fecha: ____/____/____

Firma del (cónyuge o pareja de hecho) solicitante: **X** _____ Fecha: ____/____/____

AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN DEL SUELDO (Firme donde se indica):

Autorizo cualquier deducción requerida de mis ingresos.

Firma del (empleado) solicitante: **X** _____ Fecha: ____/____/____

**COMPLETE LA AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN ADJUNTA
(CADA SOLICITANTE DEBE COMPLETAR Y FIRMAR UN FORMULARIO DE “AUTORIZACIÓN PARA
REVELAR INFORMACIÓN”)**

Devuelva todas las páginas para evitar demoras en el procesamiento.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

AUTORIZACIÓN: Yo (el abajo firmante) autorizo a cualquier médico, profesional médico, centro médico, administrador de beneficios de farmacia, aseguradora, reaseguradora, agencia de informes de solvencia o a MIB, Inc. ("MIB") a revelar información del expediente de:

1. Nombre del solicitante/paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: ____-____-____

Esta Autorización cubre cualquier período de tratamiento médico durante los últimos siete años.

2. Información a revelar: Mi expediente médico completo, que incluye:
 - información sobre el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de mi condición médica (incluyendo documentos de remisión de otros centros); y
 - registros de medicamentos con receta e información relacionada que mantienen médicos, administradores de beneficios de farmacia y otras fuentes.
3. Se debe revelar la información a EMSI (Examination Management Services Incorporated), The Lincoln National Life Insurance Company (la Compañía) o sus reaseguradoras.
4. Entiendo que el propósito de revelar esta información es para evaluar mi solicitud de seguro. La Compañía usará la información obtenida con esta Autorización para determinar la elegibilidad para el seguro; y solo revelará dicha información:
 - a las compañías de reaseguros, a MIB o a los proveedores de un servicio comercial o legal relacionado con mi solicitud; y
 - según lo exija la ley o lo autorice yo.
5. Autorizo a The Lincoln National Life Insurance Company, o a sus reaseguradoras, a revelar información médica protegida o información médica personal sobre mí a MIB, Inc. en forma de un breve informe codificado para participar en los programas de prevención y detección de fraude de MIB.

También entiendo que negarme a firmar esta Autorización puede resultar en la denegación de la elegibilidad para este seguro.
6. Entiendo que la información usada o revelada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal; sin embargo, la Compañía exige por contrato que el destinatario proteja la información.
7. Entiendo que puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que: 1) la Compañía haya tomado medidas basándose en esta Autorización; o 2) la Compañía esté usando esta Autorización en relación con un reclamo impugnado bajo mi seguro con la Compañía. Si no se recibe una revocación por escrito, esta Autorización se considerará válida por un período de tiempo no superior a 24 meses a partir de la fecha de la firma. Para iniciar la revocación de esta Autorización, dirija toda la correspondencia a la Compañía a la dirección de arriba.
8. Una fotocopia de esta Autorización se considerará tan válida como el original.
9. Reconozco que recibí el Aviso de prácticas de información adjunto.
10. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Firma del solicitante: **X** _____ Fecha: ____/____/____

AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Este AVISO se da de conformidad con la Insurance Information and Privacy Protection Act (Ley de protección de privacidad e información sobre seguros) de su estado.

Para dar un seguro de manera justa y equitativa, debemos recopilar información sobre usted y otras personas a las que se pueda dar un seguro. Esta información puede incluir edad, ocupación, condición física, historial médico, registros de medicamentos con receta, reputación general, modo de vida y otras características personales.

Usted dará gran parte de la información. Podemos recopilar o verificar información mediante entrevistas personales y comunicándonos con profesionales e instituciones médicas, administradores de beneficios de farmacia, empleadores, socios comerciales, amigos, vecinos y otras compañías de seguros. Podemos solicitar a las organizaciones de apoyo a los seguros que recopilen información y que presenten un informe de investigación del consumidor. Esa organización puede revelar el contenido del informe a otros para los que preste tales servicios. Puede solicitar una copia del informe o una entrevista personal en relación con el mismo.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

La ley permite la revelación de cierta información sin su autorización en respuesta a una orden administrativa o judicial válida, según lo permita o exija la ley, o para:

1. Personas u organizaciones que cumplan funciones profesionales, comerciales o de seguros para nosotros;
2. Nuestros agentes, organizaciones de apoyo a los seguros o agencias de informes de solvencia;
3. Profesionales médicos e instituciones de atención médica;
4. Personas u organizaciones que hagan estudios, auditorías o evaluaciones actuariales o científicas de buena fe;
5. Reguladores de seguros, fuerzas del orden u otras autoridades gubernamentales;
6. Personas u organizaciones que participen en cualquier venta, transferencia, fusión o consolidación de nuestro negocio; y
7. Titulares de pólizas colectivas, titulares de certificados, organizaciones profesionales de revisión por pares o personas que tengan un interés legal o beneficiario en una póliza de seguro.

NO revelamos a nuestros afiliados ninguna información que recibamos sobre usted de una agencia de informes de solvencia. NO revelamos su información personal no pública a terceros, excepto cuando sea necesario para darle nuestros productos y prestarle servicios.

Nosotros, o nuestras reaseguradoras, también podemos revelar información en nuestro archivo a otras compañías de seguros a las que puede solicitar un seguro de vida o médico, o a las que se puede presentar un reclamo de beneficios.

MIB, Inc.

La información sobre su asegurabilidad se tratará de forma confidencial. Sin embargo, The Lincoln National Life Insurance Company o sus reaseguradoras pueden presentar un breve informe al respecto a MIB, Inc., antes conocida como Medical Information Bureau, una organización de socios sin fines de lucro de compañías de seguros, que opera un intercambio de información en nombre de sus miembros. Si solicita un seguro de vida o seguro médico a otra compañía miembro de MIB, o si se presenta un reclamo de beneficios a dicha compañía, MIB, previa solicitud, le dará a dicha compañía la información que tenga sobre usted en su archivo.

Al recibir una solicitud suya, MIB se encargará de revelar cualquier información en su archivo. Comuníquese con MIB llamando al 866 692-6901. Si cuestiona la exactitud de la información en el archivo de MIB, puede comunicarse con MIB y solicitar una corrección según los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informe Justo de Crédito. La dirección de la oficina de información de MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734.

La información para los consumidores sobre MIB se puede obtener en su sitio web en www.mib.com.

REVELACIÓN PERSONAL

Además, tiene derecho a acceder a su información personal en nuestros archivos. Puede solicitar que corriamos, modifiquemos o borremos la información que crea que es inexacta o irrelevante. Le enviarán una descripción de los procedimientos apropiados si lo solicita por escrito.

REVISIÓN TELEFÓNICA DEL HISTORIAL PERSONAL

Después de que su solicitud haya sido recibida en la Oficina del Servicio de Seguros Colectivos (Group Insurance Service Office), es posible que reciba una llamada de un entrevistador especialmente capacitado de la Oficina del Servicio de Seguros Colectivos que le hará algunas preguntas para obtener verificación o más información.

Si tiene preguntas sobre los términos tratados en el AVISO, escriba aquí:

The Lincoln National Life Insurance Company
Group Insurance Service Office
P. O. Box 2616
Omaha, Nebraska 68103-2616

SEPRE ESTE COPIA Y GUÁRDELA PARA SUS REGISTROS