

CAMBIO DE FECHA (REDATE) <input type="checkbox"/>	Póliza #	-
--	-----------------	---

INFORMACION DEL ASEGURADO(S)

Primer Nombre	Inicial	Apellido
Número de Seguro Social	-	-

Entiendo que dicha póliza no se reinstalará hasta que esta solicitud haya sido aprobada y se haya recibido la prima obligatoria en la Oficina Matriz. Las siguientes declaraciones se pueden usar como base para impugnar un reclamo por no más de dos (2) años después de la fecha de tal declaración.

Todos los solicitantes deben residir de forma permanente en los Estados Unidos.

1. ¿Algún asegurado propuesto está confinado a la cama, en un centro de atención, recibiendo cuidados paliativos o alguna vez un médico le diagnosticó una expectativa de vida de doce (12) meses o menos? **Sí** **No**
2. ¿Algún asegurado propuesto ha estado hospitalizado en los últimos noventa (90) días?..... **Sí** **No**
3. En los últimos dos (2) años, ¿algún asegurado propuesto ha sido diagnosticado por un miembro de la profesión médica con una enfermedad del corazón, pulmones, hígado, riñones, sistema circulatorio o inmunológico, o con alguna forma de cáncer interno, o ha usado oxígeno para ayudarse a respirar? **Sí** **No**

Si la respuesta es "sí" en cualquier pregunta, explique por favor:

Yo autorizo a cualquier farmacia o administrador de beneficios de farmacia que tenga un historial de mis medicamentos con receta médica que proporcione dicha información a Lincoln Heritage Life Insurance Company o a sus reaseguradores con el propósito de evaluar mi solicitud de seguro. La información de salud que obtenga no podrá ser divulgada sin mi autorización a menos que lo permita la ley, en cuyo caso puede no estar protegida bajo las leyes federales de privacidad. Esta autorización será válida por dos (2) años a partir de esta fecha y puede ser revocada al enviar un aviso por escrito a Lincoln Heritage Life Insurance Company.

Cualquier persona que deliberadamente presente una declaración falsa en la solicitud del seguro puede ser culpable de un delito criminal y estar sujeta a penalizaciones de acuerdo con las leyes estatales.

Yo declaro que las respuestas que he dado son verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que la Compañía dependerá de mis respuestas para emitir el seguro.

Si anteriormente estaba en el plan de pago automático, ¿desea reanudarlo? **Sí** **No**

Favor de retirar el pago necesario para reinstalar o cambiar la fecha (redate) de mi póliza **Lo antes posible al ser recibida en la Oficina Matriz**

En o después del - - **20**

Firma del Propietario	Fecha	- - 20
Firma de los Asegurados	Fecha	- - 20

Si tiene dieciocho (18) años de edad en adelante

PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR

Yo confirmo que el Propietario y los Asegurados respondieron y completaron esta solicitud para la reinstalación de la póliza indicada.

Firma del Productor	Número del Productor	-
---------------------	----------------------	---

ICC13REINSAPPR

ADVERTENCIA - Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se registrarán por la versión original del documento expedido en inglés y esta misma controlará en caso de cualquier disputa, queja, o litigio.

NOTICE - This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all the legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document and shall control in any disputes, complaints or litigation.