

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

INFORMACION DEL ASEGURADO			
Primer Nombre	Inicial	Apellido	
Número de Seguro Social	-	-	

Destinatario secundario (nombre, dirección y número telefónico)			
Nombre	Inicial	Apellido	Teléfono
Dirección	Apt #	Ciudad	Estado
			Código postal

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 pueden ser usadas 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, encarcelado, en un centro de atención, recibiendo cuidados paliativos o alguna vez un médico le diagnosticó una enfermedad terminal? 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 o tratado por un miembro de la profesión médica, o ha tomado medicamentos para cualquiera de las siguientes condiciones:
 - a. ¿Enfermedad del corazón, pulmones, hígado, riñones, sistema circulatorio o inmunológico, o enfermedad cognitiva, o con alguna forma de cáncer interno, o ha usado oxígeno para ayudarlo a respirar? Sí No
 - b. ¿Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? Sí No
 - c. ¿Abuso de alcohol o drogas? 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 obtengan 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.

Visite lhlic.com/es para obtener información sobre nuestra recopilación de datos e información de privacidad. Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario.

Cualquier persona que intencionalmente presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar cobertura de seguro, o para presentar una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y podría ser sujeta a multas y reclusión en prisión estatal.

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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Favor de retirar el pago necesario para reinstalar o cambiar la fecha (redate) de mi póliza	<input type="checkbox"/> Lo antes posible al ser recibida en la Oficina Matriz <input type="checkbox"/> 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	-
---------------------	----------------------	---