

SOLICITUD DE REINSTALACIÓN

Escriba claramente con letra de molde

Oficinas Ejecutivas:

4343 East Camelback Road, Suite 400

Phoenix, AZ 85018-2705

Fax: (602) 224-2246

 Email: spanishservice@londen-insurance.com

 Portal de póliza: mipoliza.lhlic.com

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

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

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 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.

Si usted no firma esta solicitud, Lincoln Heritage Life Insurance Company no podrá procesar la reinstalación de su cobertura y puede ser motivo para denegar esta solicitud de reinstalación.

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

	<input type="checkbox"/> En o después de	- - 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
---------------------	----------------------

24REINSAPP-SCSP

V1

ADVERTENCIA - Esta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en esta se regirán por la versión original del documento 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.
--	---