

**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](mailto:spanishservice@londen-insurance.com)  
 Portal de póliza: [mipoliza.lhlic.com](http://mipoliza.lhlic.com)

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

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Primer Nombre		Inicial	Apellido
Número de Seguro Social	-	-	

**Destinatario secundario (nombre, dirección y número telefónico)**

Nombre	Inicial	Apellido	Teléfono	-	-	Código postal
Dirección	Apto. #	Ciudad	Estado			

**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? .....	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
2. ¿Algún asegurado propuesto ha estado hospitalizado en los últimos noventa (90) días? .....	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	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? .....	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
b. ¿Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? .....	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
c. ¿Abuso de alcohol o drogas? .....	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	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. Usted, una persona autorizada a actuar en su nombre o su representante autorizado tienen derecho a recibir una copia del formulario de autorización.**

**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.**

**Visite [lhlic.com/es](http://lhlic.com/es) para obtener información sobre nuestra recopilación de datos e información de privacidad. Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario:**

**Cualquier persona que deliberadamente presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar una cobertura de seguro, o para presentar una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar 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 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-CASP V1

<b>ADVERTENCIA</b> - 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. La versión traducida del inglés es solo para fines informativos.	<b>NOTICE</b> - 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. The foreign language version is for informational purposes only.
---	---