

Evidencia de asegurabilidad

Instrucciones para el empleador/asociación

1. Complete el formulario que sigue.
2. Complete también todas las secciones del formulario marcadas como PARTE A, incluida la información relacionada con el producto que corresponda a los planes que requieren evidencia médica de asegurabilidad.
3. Luego, entregue todo el paquete a su empleado o miembro para que complete la PARTE B.

Para uso exclusivo del empleador/asociación:

En el espacio que sigue inserte la dirección de correo a la que se debe enviar el aviso de acción.

Nombre del empleado/miembro: _____

Nombre y dirección del empleador/asociación:

Contrato grupal N.º: _____ Sucursal N.º: _____

Lugar de envío: _____

Enviado por:

Nombre

Título

Teléfono

Correo electrónico

Fecha

Parte A Información del empleador/asociación:

Complete esta página para aquellos planes que requieren evidencia de asegurabilidad y luego entregue este paquete al empleado/miembro.

Nombre del empleado/miembro IM Apellido

Fecha de nacimiento Número del Seguro Social -- Sexo Masc. Femenino

Calle y número Apto.

Ciudad Estado Código postal

Fecha en que la persona fue elegible por primera vez para los montos de cobertura que se solicitan en este formulario:

Ingresos anuales del empleado/miembro: \$ _____

¿Se solicita por montos superiores al máximo no médico del seguro de vida? Sí No

¿Se solicita como participante tardío? Sí No

¿Se solicita para dependientes? Sí No

Complete únicamente para aquellas coberturas y personas que requieren evidencia de asegurabilidad. (Por ejemplo: empleado solo, cónyuge solo o empleado y cónyuge).

Vida/AD&D

Total máximo no médico _____

	Monto actual vigente	+	Monto adicional o inicial solicitado	=	Monto total
Empleado/miembro	\$ _____	+	\$ _____	=	\$ _____
Cónyuge (solo vida)	\$ _____	+	\$ _____	=	\$ _____

Incapacidad a largo plazo (LTD)

	Monto actual vigente	+	Monto adicional o inicial solicitado	=	Monto total
Empleado/miembro	\$ _____	+	\$ _____/mes	=	\$ _____

Vida beneficios para el sobreviviente

	Monto actual vigente	+	Monto adicional o inicial solicitado	=	Monto total
Cónyuge	\$ _____/mes	+	\$ _____/mes	=	\$ _____
Hijo/a	\$ _____/mes	+	\$ _____/mes	=	\$ _____

Beneficio de ingreso semanal por incapacidad/accidente y enfermedad

Monto \$ _____



Instrucciones para el empleado/miembro (Complete las secciones requeridas que se indican a continuación).

- 1. Si proporciona evidencia de asegurabilidad para:
 - a) Cobertura del empleado/miembro solamente: complete las secciones 1, 2, 4 y 5.
 - b) Cobertura de dependientes solamente: complete las secciones 1, 3, 4 y 5.
 - c) Cobertura del empleado/miembro y dependientes: complete todas las secciones de este formulario. (Nota: no se requiere evidencia de asegurabilidad para los hijos).

- 2. Complete el formulario con tinta azul o negra. Firme y coloque la fecha en las secciones 4 y 5.
- 3. Lea y desprenda el importante Aviso sobre información médica que acompaña estas instrucciones y guárdelo en su archivo. Retenga una copia de su solicitud completada para su archivo.
- 4. Envíe por correo los formularios PARTE A y PARTE B completados a:

The Prudential Insurance Company of America
Group Medical Underwriting
 P.O. Box 8796,
 Philadelphia, PA 19176

O envíe el formulario completado por fax a:
877-605-6671

Es posible que la evaluación de su solicitud de cobertura se demore si no sigue estas instrucciones, si usted y/o sus dependientes no responden todas las preguntas de la PARTE B, si no suministra detalles completos para las preguntas que así lo requieren o si no proporciona los nombres completos y direcciones de médicos y hospitales.

NOTA: La cobertura no entra en vigencia hasta que esta solicitud haya sido aprobada. Se le notificará si la cobertura ha sido aprobada o no.

Si tiene preguntas sobre cómo completar estos formularios, llame al Servicio de atención al cliente de Prudential al: 888-257-0412 o escríbanos a medical.uw@prudential.com.

Parte B Información del empleado/miembro

Sección 1

1. Nombre del empleado/miembro	IM	Apellido
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Número del Seguro Social del empleado/miembro		3. Teléfono del empleado/miembro
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	De día	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
	De noche	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
4. Calle y número		Apto.
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>
5. Correo electrónico <input type="text"/>		

Sección 2

6. Fecha de nacimiento	7. Lugar de nacimiento
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
mes día año	ciudad estado
8. Sexo	
<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femenino	

Sección 2 (continuación)

9. Nombre y dirección del médico actual

Nombre del médico IM Apellido

Calle y número Suite

Ciudad Estado Código postal -

10. ¿Puede desempeñar en este momento todas las tareas de su trabajo? Sí No
Si la respuesta es "No", proporcione todos los detalles en el punto 17.

11. Durante los últimos cinco años:

- a. ¿se sometió a una cirugía o se le aconsejó someterse y no lo hizo? Sí No
- b. ¿estuvo en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico o tratamiento? Sí No
- c. ¿ha consumido o consume ahora cocaína, barbitúricos, anfetaminas, marihuana u otras drogas alucinógenas, heroína, opiáceos u otros narcóticos, excepto que se los haya recetado un médico? Sí No
- d. ¿ha sido tratado o asesorado por alcoholismo? Sí No
- e. ¿ha sido tratado o asesorado por un psicólogo o psiquiatra? Sí No
- f. ¿ha solicitado o recibido ingresos por incapacidad o pensión debido a una enfermedad o lesión? Sí No
- g. ¿le rechazaron, pospusieron, cambiaron, aumentaron, cancelaron o retiraron un seguro de vida, incapacidad o salud? Sí No
- h. ¿ha sido diagnosticado o tratado por parte de un miembro de la profesión médica por Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o Complejo relacionado con el SIDA (Aids Related Complex, ARC)? Sí No

12. Durante los últimos cinco años, lo han tratado de o ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Dolor en el corazón o pecho? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Hipertensión arterial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. ¿Pulso anormal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. ¿Cáncer o tumores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e. ¿Diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. ¿Pulmones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <ul style="list-style-type: none"> g. ¿Trastornos nerviosos o mentales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No h. ¿Artritis o reumatismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No i. ¿Úlceras o trastornos estomacales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No j. ¿Intestinos o riñones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No k. ¿Hígado o cálculos biliares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No l. ¿Trastornos genitales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <ul style="list-style-type: none"> m. ¿Aparato urinario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No n. ¿Bocio y glándulas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No o. ¿Pleurésia o asma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No p. ¿Diarrea crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No q. ¿Neuritis o ciática? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No r. ¿Trastornos de la espalda o la columna vertebral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|---|--|---|

13. ¿Tiene en la actualidad algún trastorno, afección (incluido el embarazo), enfermedad o defecto que no figura arriba y/o está tomando medicamentos recetados o suministrados por un médico u otro profesional para algún trastorno, afección (incluido el embarazo), enfermedad o defecto? Sí No

14. ¿Ha fumado cigarrillos o usado otros productos tabacaleros (incluidos cigarrillos o tabaco para mascar) o ha usado chicle de nicotina durante el último año? Sí No
Si la respuesta es "Sí", ¿qué producto? _____

15. Indique los detalles completos para todas las respuestas "Sí" de las partes 13 a 15. Agregue páginas adicionales, si es necesario.

Número de pregunta y letra	Especifique enfermedad o afección. Incluya la razón de los controles médicos, consejo del médico, tratamiento y/o medicamentos	Fecha de inicio de la afección o enfermedad <i>Mes Año</i>	Tiempo perdido de las actividades normales	Recuperación completa (si corresponde) <i>Mes Año</i>	En letra de imprenta: nombres completos, direcciones y teléfonos de los médicos y/u hospitales

Sección 3

1. Dependiente elegible del empleado/miembro que requiere evidencia de asegurabilidad.

Nombre completo	Número del Seguro Social	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento

2. Dirección de su dependiente (si es diferente a la Sección 1):

3. La persona antes mencionada, ¿no puede desempeñar todas las obligaciones de su trabajo o está confinada en su hogar? Sí No

4. La persona antes mencionada, **durante los últimos cinco años:**

a. ¿se sometió a una cirugía o se le aconsejó someterse y no lo hizo? Sí No

b. ¿estuvo en un hospital, sanatorio u otra institución para observación, descanso, diagnóstico o tratamiento? Sí No

c. ¿ha consumido o consume ahora cocaína, barbitúricos, anfetaminas, marihuana u otras drogas alucinógenas, heroína, opiáceos u otros narcóticos, excepto que se los haya recetado un médico? Sí No

d. ¿ha sido tratada o asesorada por alcoholismo? Sí No

e. ¿ha sido tratada o asesorada por un psicólogo o psiquiatra? Sí No

f. ¿ha solicitado o recibido ingresos por incapacidad o pensión debido a una enfermedad o lesión? Sí No

g. ¿le rechazaron, pospusieron, cambiaron, aumentaron, cancelaron o retiraron un seguro de vida, incapacidad o salud? Sí No

h. ¿ha sido diagnosticada o tratada por parte de un miembro de la profesión médica por Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o Complejo relacionado con el SIDA (Aids Related Complex, ARC)? Sí No

5. **Durante los últimos cinco años**, la persona antes mencionada ha sido tratada o ha tenido problemas con alguno de los siguientes:

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
a. ¿Dolor en el corazón o pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. ¿Trastornos nerviosos o mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. ¿Aparato urinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Hipertensión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. ¿Artritis o reumatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. ¿Bocio y glándulas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Pulso anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. ¿Úlceras o trastornos estomacales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. ¿Pleurésia o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cáncer o tumores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. ¿Intestinos o riñones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. ¿Diarrea crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. ¿Hígado o cálculos biliares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. ¿Neuritis o ciática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Pulmones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. ¿Trastornos genitales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. ¿Trastornos de la espalda o la columna vertebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Tiene la persona antes mencionada **en la actualidad** algún trastorno, afección (incluido el embarazo), enfermedad o defecto que no figura arriba y/o está tomando medicamentos recetados o suministrados por un médico u otro profesional para algún trastorno, afección (incluido el embarazo), enfermedad o defecto? Sí No

7. Indique los detalles completos para todas las respuestas "Sí" de las partes 3 a 6. Agregue páginas adicionales, si es necesario.

Nombre del dependiente	Número de pregunta y letra	Especifique enfermedad o afección. Incluya la razón de los controles médicos, consejo del médico, tratamiento y/o medicamentos	Fecha de inicio de la afección o enfermedad <i>Mes Año</i>	Tiempo perdido de actividades normales	Recuperación completa (si corresponde) <i>Mes Año</i>	En letra de imprenta: nombres completos, direcciones y teléfonos de los médicos y/u hospitales

Sección 4

Aviso Importante: Para los residentes de todos los estados excepto: Alabama, el Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Pensilvania, Rhode Island, Utah, Vermont, Virginia y Washington; ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de damnificar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que está facilitando la perpetración de un fraude, proporcione información o datos incompletos, falsos, fraudulentos, falaces o engañosos cuando presente una solicitud de seguro o una reclamación de pago por una pérdida o beneficio, comete un acto fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y se la puede procesar y castigar conforme a la ley del estado. Las penas pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello.

RESIDENTES DE ALABAMA: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas compensatorias o encarcelamiento o una combinación de la dos.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA y RHODE ISLAND: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

RESIDENTES DE FLORIDA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.

RESIDENTES DE KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito.

RESIDENTES DE MARYLAND: Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY: Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

RESIDENTES DE NUEVA YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanciones civiles que no excederán el monto de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo. **Esta nota se aplica ÚNICAMENTE a la cobertura de ingresos por accidentes e incapacidad.**

RESIDENTES DE PENNSILVANIA y UTAH: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito, y causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

RESIDENTES DE VERMONT: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida falsa o fraudulenta o haga, a sabiendas, declaraciones falsas en una solicitud de seguro, puede ser culpable de un delito penal conforme a las leyes del estado.

RESIDENTES DE VIRGINIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de damnificar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que está facilitando la perpetración de un fraude, proporcione información o datos incompletos, falsos, fraudulentos, falaces o engañosos cuando presente una solicitud de seguro o una reclamación de pago por una pérdida o beneficio, comete un acto fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y se la puede procesar y castigar conforme a la ley del estado. Las penas pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello.

RESIDENTES DE WASHINGTON: Cualquier persona que, a sabiendas, proporcione información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla comete un delito. Las penas incluyen encarcelamiento, multas o que le nieguen los beneficios del seguro.

Declaro que, a mi mejor saber y entender, las declaraciones hechas en esta solicitud están completas y son verdaderas. Acepto que la cobertura solicitada está sujeta a los términos del plan y entrará en vigencia en la fecha o las fechas establecidas por el plan, siempre que la evidencia de buena salud sea satisfactoria.

Firma del empleado/miembro

Fecha

Sección 5: AUTORIZACIÓN para la divulgación de información

A: (1) cualquier médico matriculado, profesional médico, hospital, clínica u otro centro relacionado con la medicina, (2) cualquier compañía de seguros u organización de mantenimiento de la salud (u organización o institución similar) y (3) MIB Inc., antes llamada Medical Information Bureau. Para que se pueda determinar la elegibilidad para la cobertura de vida o incapacidad, les autorizo a entregar todos los datos o registros que pudieran tener sobre mi o mi salud mental o física a The Prudential Insurance Company of America y/o a sus subsidiarias y, a través de ellas, a sus reaseguradoras, agentes autorizados y MIB Inc., antes llamada Medical Information Bureau. Esto también se aplica a todos los dependientes propuestos para la cobertura en esta solicitud. Esta autorización es por (1) dos años después de la fecha de entrada en vigencia de las coberturas emitidas en relación con ella o (2) 30 meses después de la fecha de firmada, el plazo que sea menor. Una fotocopia de este formulario tendrá la misma validez que el original. Las personas que firmaron este formulario (1) han recibido una copia del "Aviso sobre información médica" y (2) pueden recibir una copia de esta autorización, si lo desean.

Firma del empleado/miembro

N.º del Seguro Social del empleado/miembro

Fecha

Firma del cónyuge (si corresponde)

Fecha

Aviso sobre información médica

Al evaluar su solicitud de seguro, el estado de salud de las personas para las que se solicita el seguro es, por supuesto, extremadamente importante para nosotros. En consecuencia, necesitamos preguntarle sobre la salud y el historial médico de cada persona. Además, también se le solicita que autorice a cualquier médico u hospital a que nos suministre informes, si fuera necesario, sobre la salud de cada persona. En algunos casos, podremos solicitar un examen médico.

La información relacionada con su asegurabilidad será confidencial. Sin embargo, podremos preparar un breve informe al respecto para MIB Inc., antes llamada Medical Information Bureau, una organización sin fines de lucro formada por compañías de seguros que intercambia información en nombre de sus miembros. Si le solicita una cobertura de seguro de vida, incapacidad o salud a otra compañía miembro de MIB, o presenta una reclamación de beneficios ante dicha compañía, si se lo solicitan, MIB proporcionará a dicha compañía la información sobre usted que posee en su archivo. Si fuera necesario, podremos revelar esta información a un médico, si hallamos un problema de salud grave que usted no sepa. También podremos revelar esta información a personas que realizan estudios sobre mortalidad o morbilidad. Si lo solicita, le describiremos otras circunstancias en las que divulguemos información sobre usted sin su autorización previa.

Usted tiene derecho a ver toda la información que recopilamos sobre usted y a hacer las correcciones necesarias. Si lo solicita, le daremos instrucciones sobre cómo ejercer este derecho. Además, al recibir su pedido, MIB dispondrá la divulgación de toda la información disponible en su archivo. Llame a MIB al 866-692-6901. Si cuestiona la exactitud de la información contenida en el archivo de MIB, puede comunicarse con ellos y pedir una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley federal de información crediticia justa (Federal Fair Credit Reporting Act). La dirección de la oficina de información de MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734. La información sobre MIB para los consumidores se puede obtener en su sitio web www.mib.com.

**Tenemos la obligación de entregarle este aviso.
Léalo atentamente y guárdelo en su archivo.**



La cobertura de vida grupal es emitida por The Prudential Insurance Company of America, una compañía de Nueva Jersey, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102.

© 2022 The Prudential Insurance Company of America.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.

Las futuras comunicaciones escritas de The Prudential Insurance Company of America, incluidos los acuerdos contractuales y la información sobre mantenimiento de pólizas, serán en inglés. Los materiales adicionales también pueden estar en inglés.

Evaluación médica para el seguro de vida grupal y el ingreso por incapacidad AVISO

Gracias por elegir a The Prudential Insurance Company of America (Prudential) para sus necesidades de seguro. Antes de poder emitir la cobertura debemos revisar su solicitud/formulario de inscripción. Para ello, necesitamos recopilar y evaluar información personal sobre usted. Se le proporciona este aviso para informarle sobre determinadas prácticas que realiza Prudential y sus derechos con respecto a su información personal. Deseamos que sepa lo siguiente:

- Se podrá recopilar información personal de otras personas o individuos, si corresponde, propuestos para la cobertura.
- Esta información personal, así como otra información personal o privilegiada recopilada luego por nosotros se podrá divulgar a terceros, en determinadas circunstancias y sin autorización.
- Usted tiene derecho a acceder y corregir la información personal que recopilamos sobre usted.
- Si lo solicita, le proporcionaremos un aviso más detallado sobre nuestras prácticas de información y sus derechos con respecto a la misma. Si deseara recibir este aviso, comuníquese con:

The Prudential Insurance Company of America
Group Medical Underwriting
P.O. Box 8796
Philadelphia, PA 19176

La información relacionada con su asegurabilidad será confidencial. Sin embargo, podremos preparar un breve informe al respecto para MIB Inc., antes llamada Medical Information Bureau, una organización sin fines de lucro formada por compañías de seguros de vida que intercambia información en nombre de sus miembros. Si le solicita una cobertura de seguro de vida, incapacidad o salud a otra compañía miembro de MIB, o presenta una reclamación de beneficios ante dicha compañía, si se lo solicitan, MIB proporcionará a dicha compañía la información sobre usted que posee en su archivo. Además, al recibir su pedido, MIB dispondrá la divulgación de toda la información disponible en su archivo. Llame a MIB al 866-692-6901. Si cuestiona la exactitud de la información contenida en el archivo de MIB, puede comunicarse con ellos y pedir una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley federal de información crediticia justa (Federal Fair Credit Reporting Act). La dirección de la oficina de información de MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734. La información sobre MIB para los consumidores se puede obtener en su sitio web www.mib.com.

Guarde este aviso para su archivo.