

**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

<b>CAMBIO DE FECHA (REDATE)</b> <input type="checkbox"/>		<b>Póliza #</b>	
<b>INFORMACIÓN DEL ASEGURADO</b>			
Primer Nombre		Inicial	Apellido
Número de Seguro Social			
<b>Destinatario secundario (con el fin de notificar pagos adeudados de primas y posible lapso en la cobertura)</b>			
Nombre		Inicial	Apellido
Teléfono			
Dirección		Apto.#	Ciudad
Estado			Código postal
<p><b>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.</b></p> <p><b>Todos los solicitantes deben residir de forma permanente en los Estados Unidos.</b></p>			
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, riñón, sistema circulatorio o inmunológico (excepto por exámenes previos de VIH), 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. ¿Abuso de alcohol o drogas? .....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Algún asegurado propuesto ha sido diagnosticado por un profesional médico autorizado con SIDA causado por la infección del VIH u otra enfermedad o condición proveniente de dicha infección? .....		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "sí" en cualquier pregunta, explique por favor:			
<p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>Cualquier persona que deliberadamente y con intención de perjudicar, defraudar, o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta, o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.</b></p> <p><b>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.</b></p>			
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 quince (15) años de edad en adelante)			
<b>PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR</b>			
Yo confirmo que el Propietario y los Asegurados respondieron y completaron esta solicitud para la reinstalación de la póliza indicada.			
Firma del Productor	Apellido del Productor	Número del Productor	-
Nombre del Productor	Apellido del Productor	Número de licencia de Florida	
<b>Nombre escrito con letra de molde</b>			