



Guía Del Formulario De Evidencia De Asegurabilidad

Según el monto de la cobertura en la que se inscribirá, es posible que deba completar el formulario de Evidencia de Asegurabilidad. Este forma parte de su solicitud, y solo le tomará 10 minutos completarlo. Complete este formulario con tinta.

1. Nombre del titular del plan (nombre de la compañía)
2. N.º del plan grupal

Complete la siguiente información para cada persona que será asegurada:

3. Nombre del empleado - Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre

4. Sexo - Hombre o mujer

5. Fecha de nacimiento

6. Altura

7. Peso

8. Estudiante a tiempo completo - Sí o no

9. Dirección particular del empleado

10. Método de contacto preferido

11. Número de teléfono del empleado

12. Fecha de contratación

13. Teléfono celular

14. Dirección de correo electrónico

15. Nombre del cónyuge

16. Cónyuge - Hombre o mujer

17. Cónyuge - Fecha de nacimiento

18. Cónyuge - Altura

19. Cónyuge - Peso

20. Cónyuge - Estudiante a tiempo completo - Sí o no

S Guardian® The Guardian Life Insurance Company of America		EVIDENCE OF INSURABILITY FORM					
		Page 1 of 6					
PO Box 14319 Lexington, KY 40512							
<i>Please complete this form in ink. As a convenient alternative, for Life and Disability coverages, this form can be completed at www.guardiananytime.com/eoi</i>							
Planholder Name (Company Name) 1		Group Plan No. 2					
Complete the following information for each person to be underwritten:							
Employee: 3		Name (Last, First, Middle Initial)	Sex	Birthdate	Height	Weight	
Employee Home Addr: 4		M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	5	6	7	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Employee Home Addr: 3		Preferred Method of Contact: 8					
Employee Home Addr: 3		Employee Telephone Number: 8					
Date of Hire: 9		Cell Phone: 10	E-mail Address: 11				
Spouse: 15		Birthdate 16	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Height 17	Weight 18	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Child: 21		Birthdate	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Height	Weight	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Child: 21		Birthdate	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Height	Weight	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Employee's Social Security Number: 22		Date of Marriage: / / 23		Employee's Place of Birth (State): 24			
Employee Amount of Insurance Currently Inforce: 25		Spouse Amount of Insurance Currently Inforce: 26		Child Amount of Insurance Currently Inforce: 27			
Employee's Insurance Amount Elected: 28		Spouse Insurance Amount Elected: 29		Child Insurance Amount Elected: 30			
Section I: IF APPLYING FOR LIFE INSURANCE, questions 1-4 must be answered by each person applying for coverage. However, if applying for coverage for a child, the Employee must complete questions 1-4 for the child applying for coverage. IF APPLYING FOR DISABILITY INSURANCE, questions 1-5 must only be answered by the Employee.							
31							
1. In the past 10 years, has any proposed insured been treated for or diagnosed as having any of the following: a) any disorder or condition of the heart; liver, kidney(s); lung or respiratory system; b) any disorder or condition of your digestive system including your esophagus, stomach, or intestines; c) any mental, nervous, emotional or neurological disorder or condition; d) auto immune disorder; e) diabetes; f) cancer; or g) a stroke?							
Employee <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Spouse <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
2. In the past 5 years, has any proposed insured: used any illegal drugs; used prescription medication other than as prescribed; been treated for alcoholism or drug use or dependency; or been advised to seek treatment for alcoholism, drug abuse or drug dependency?							
Employee <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Spouse <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
3. Has any proposed insured ever tested positive for HIV (Human Immunodeficiency Virus) antibodies?							
Employee <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Spouse <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
4. In the past year, has any proposed insured: (a) consulted or been examined by or treated by a physician, practitioner or specialist for any illness or injury, disease or disorder NOT listed in the questions above (including routine physicals only when there is an existing or newly diagnosed medical condition); or (b) sought treatment or a consultation in a hospital or other health care facility for observation, diagnosis, treatment or an operation; undergone any diagnostic testing including but not limited to X ray, blood work, ultrasound, an MRI, a CT scan, or PET scan with abnormal findings; or been prescribed medication(s) – (other than for colds, flu or allergies)?							
Employee <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Spouse <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
5. If applying for disability coverage, please complete these additional questions: (a) In the past 5 years, has any proposed insured been treated for any disorder or condition of the back, neck, spine; arthritis; or any muscular skeletal disorder or condition? (b) Are you currently pregnant?							
Employee <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Employee <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No							
Please retain a copy for your records and submit this form to Guardian							
EOI2012-PA							
GG-016698-PA (12/17)							

21. Nombre de los hijos
 22. Número del Seguro Social del empleado
 23. Fecha de casamiento del empleado
 24. Lugar de nacimiento del empleado (estado)
 25. Monto del seguro del empleado actualmente vigente
 26. Monto del seguro del cónyuge actualmente vigente
 27. Monto del seguro del hijo actualmente vigente
 28. Monto del seguro del empleado elegido
 29. Monto del seguro del cónyuge elegido
 30. Monto del seguro del hijo elegido
31. Sección I: SI SE SOLICITA UN SEGURO DE VIDA, las preguntas 1 a 4 deberán ser respondidas por cada persona que solicite la cobertura.

Empleado: Sí No

Cónyuge: Sí No

Hijo: Sí No

Sin embargo, si solicita la cobertura para un hijo, el empleado deberá completar las preguntas 1 a 4 en nombre del niño para quien se solicite la cobertura. SI SE SOLICITA UN SEGURO POR DISCAPACIDAD, las preguntas 1 a 5 solo deberán ser respondidas por el empleado.

1. En los últimos 10 años, ¿alguno de los asegurados propuestos ha sido diagnosticado o tratado por cualquiera de las siguientes razones: a) trastorno o afección del corazón, el hígado, el riñón, el pulmón o el sistema respiratorio; b) trastorno o afección del sistema digestivo, que incluye el esófago, el estómago o los intestinos; c) trastorno o afección mental, nervioso, emocional o neurológico; d) trastorno autoinmune; e) diabetes; f) cáncer; o g) accidente cerebrovascular?
2. En los últimos 5 años, ¿alguno de los asegurados propuestos ha consumido drogas ilegales; ha usado medicamentos recetados diferentes de los que le haya indicado un médico; ha sido tratado por alcoholismo, o bien consumo o dependencia de drogas; o se le ha aconsejado buscar tratamiento para el alcoholismo, o bien el abuso o la dependencia de drogas?
3. ¿Algún asegurado propuesto alguna vez obtuvo un resultado positivo para los anticuerpos del VIH (virus de inmunodeficiencia humana)?
4. En el último año, ¿alguno de los asegurados propuestos: (a) ha consultado, ha sido examinado o tratado por un médico, profesional o especialista por alguna enfermedad o lesión, enfermedad o trastorno que NO figure en las preguntas anteriores (incluidos exámenes físicos de rutina solo cuando haya una afección médica diagnosticada recientemente o existente); o (b) ha buscado tratamiento o realizado una consulta en un hospital u otro establecimiento de atención médica para una observación, un diagnóstico, un tratamiento o una cirugía; ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, incluidas, entre otras, radiografías, análisis de sangre, ecografías, imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance

Imaging, MRI), exploración por tomografía computarizada (Computed Tomography, CT) o tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET) con hallazgos anormales; o ha recibido indicaciones para el uso de medicamentos recetados (que no sean para resfriados, gripe o alergias)?

5. Si solicita cobertura por discapacidad, responda estas preguntas adicionales: (a) En los últimos 5 años, ¿algún asegurado propuesto ha sido tratado por algún trastorno o afección en la espalda, el cuello, la columna vertebral; artritis; o cualquier trastorno o afección músculo-esquelético? (b) ¿Está embarazada actualmente?
32. Proporcione detalles por cada respuesta afirmativa a las preguntas 1 a 5. (Continúe en el reverso si necesita más espacio).

N.º de pregunta	Nombre	Prueba, lesión, enfermedad, afección, cirugía o complicación	Fecha de aparición de la afección/recuperación	Detalles completos (incluidos nombres y direcciones de los médicos)
32				

No olvide firmar y fechar el formulario en la página 4.

The Guardian Life Insurance
Company of America

New York, NY

guardianlife.com

2019-87384 (10-21)