Filing at a Glance

Company: Unum Life Insurance Company of America

Product Name: EOI Hispanic Filing	SERFF Tr Num: UNUM-126092998	State: ArkansasLH
TOI: H11G Group Health - Disability Income	SERFF Status: Closed	State Tr Num: 41991
Sub-TOI: H11G.005 Combined Short Term and Long Term	Co Tr Num:	State Status: Approved-Closed
Filing Type: Form	Co Status:	Reviewer(s): Rosalind Minor
	Authors: Joanna Shepich, Karen Romans, Hazel Shadrick, Brian Caldwell, Julie Mader	Disposition Date: 03/30/2009
	Date Submitted: 03/27/2009	Disposition Status: Approved-Closed
Implementation Date Requested: 05/26/2009		Implementation Date:

State Filing Description:

General Information

Project Name:	Status of Filing in Domicile: Not Filed
Project Number:	Date Approved in Domicile:
Requested Filing Mode: Informational	Domicile Status Comments:
Explanation for Combination/Other:	Market Type: Group
Submission Type: New Submission	Group Market Size: Small and Large
Overall Rate Impact:	Group Market Type: Employer
Filing Status Changed: 03/30/2009	Explanation for Other Group Market Type:
	State Status Changed: 03/30/2009
Deemer Date:	Corresponding Filing Tracking Number:

Filing Description:

Enclosed is a Spanish translation of previously approved Evidence of Insurability Form 1143-01. This form was approved on March 29, 2002.

Please note, we have added in Spanish the following notice to the translation at the bottom of the first page: 'NOTICE: An English version of this document is also available. To obtain a copy, please consult with your plan administrator or

with the Human Resources department.'

Company and Contact

Filing Contact Information

Brian Caldwell, Contract Consultant
One Fountain Square
Chattanooga, TN 37402

BCaldwell2@unum.com
(800) 974-2266 [Phone]

Filing Company Information

Unum Life Insurance Company of America
2211 Congress Street
Portland, ME 04122
(207) 575-2211 ext. [Phone]

CoCode: 62235
Group Code: 416
Group Name:
FEIN Number: 01-0278678

State of Domicile: Maine
Company Type: L&H
State ID Number:

Filing Fees

Fee Required?	Yes
Fee Amount:	$50.00
Retaliatory?	No
Fee Explanation:	Filing Fee
Per Company:	No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
Unum Life Insurance Company of America	$50.00	03/27/2009	26758008

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Rosalind Minor	03/30/2009	03/30/2009

Disposition

Disposition Date: 03/30/2009

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number:	*UNUM-126092998*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*Unum Life Insurance Company of America*	*State Tracking Number:*	*41991*
Company Tracking Number:			
TOI:	*H11G Group Health - Disability Income*	*Sub-TOI:*	*H11G.005 Combined Short Term and Long Term*
Product Name:	*EOI Hispanic Filing*		
Project Name/Number:	*/*		

Item Type	Item Name	Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Application	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Certificate of Translation	Approved-Closed	Yes
Form	Evidence of Insurability Form	Approved-Closed	Yes

Form Schedule

Lead Form Number: 1143-01-SP

Review Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
Approved-Closed	1143-01-SP	Application/Enrollment Form	Evidence of Insurability Form	Initial			1143-01-SP Hispanic.pdf

INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD
Unum Life Insurance Company of America

Unum es una marca registrada y marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras. El producto de seguro es subscrito por Unum Life Insurance Company of America.

Para acelerar el proceso, este formulario ha sido diseñado para ser escaneado y leído ópticamente. Conteste todas las preguntas en forma clara, legible y en letra imprenta.

1. Llene este formulario en su totalidad en caso de tener que suscribirse a su plan en forma individual para calificar para el seguro. Especifique qué cobertura está solicitando. Si no está seguro, consulte con el administrador de su plan.

2. Asegúrese de haber contestado todas las preguntas de manera completa y precisa. Se deberá proporcionar la información relativa al nombre, dirección y número de grupo de su Empleador, como también su información personal. Si no contesta todas las preguntas, no se iniciará el proceso de preselección de riesgos.

3. Todos los empleados y cónyuges que soliciten una cobertura que requiera una preselección de riesgos deberán contestar todas las preguntas de salud de la sección 2. Si solicita una cobertura por incapacidad, o el monto de seguro de vida para el que se requiere una preselección de riesgos excede los U$S 150,000, también deberá completar la sección 3.

4. Por favor, incluya los números de teléfono de su hogar y el del trabajo, dado que es posible que debamos solicitar información adicional por teléfono.

5. Firme y coloque la fecha donde se indica y haga una copia de este formulario para sus archivos. Una vez que haya llenado el formulario, envíelo al administrador de su plan. También puede enviarlo por correo a la siguiente dirección:

   Unum
   P.O. Box 9783
   Portland, ME 04104-5083

La evaluación de la solicitud se basará en la información que usted haya proporcionado. Es posible que además tengamos que solicitarle a usted o a sus médicos información adicional. Puede que para algunas coberturas y montos se requiera un breve examen médico, análisis de sangre, análisis de orina y/o electrocardiograma (EKG). Estas pruebas se realizarán según su conveniencia y pueden efectuarse en su lugar de trabajo o en su hogar. Le notificaremos si se necesita información adicional. Unum pagará por la información o pruebas adicionales que sean necesarias para evaluar su solicitud.

ADVERTENCIA: Si las respuestas en su solicitud son incorrectas o falsas, Unum podrá negarle los beneficios o invalidar su seguro. Toda persona que, a sabiendas, y con el propósito de defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una solicitud de seguro con información falsa, incompleta o engañosa, podrá estar sujeta a multas civiles o penales, dependiendo de la ley estatal.

AVISO: También está disponible una versión de este documento en inglés. Por favor consulte con el administrador de su plan o con el departamento de Recursos Humanos para obtener una copia en inglés.

unum

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD
Unum Life Insurance Company of America

Tipo de solicitud: ☐ Solicitud inicial ☐ Solicitante tardío ☐ Inscripción anual ☐ Cambio estado civil ☐ Incremento ☐ Portabilidad

Indique su estatura actual — **Pies** - **Pulgadas** — **Peso** — **Libras**

Indique la estatura actual de su cónyuge — **Pies** - **Pulgadas** — **Peso** — **Libras**

Número de seguro social del empleado - -

Sexo ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

Nº de grupo — **Nº de grupo** — **Nº de división**

Primer nombre del empleado — **Ini. 2do. nombre** — **Apellido** — **Fecha de nacimiento - mm/dd/aaaa** / /

Primer nombre del cónyuge (si corresponde) — **Ini. 2do. nombre** — **Apellido** — **Fecha de nacimiento del cónyuge - mm/dd/aaaa** / /

Dirección — **Número de teléfono particular del empleado** ( ) -

Ciudad — **Estado** — **Código postal** — **Número de teléfono del trabajo del empleado** ( ) -

Fecha de inicio del empleo - mm/dd/aaaa / / — **Ocupación** — **Sueldo anual del empleado** U$S ,

Dirección de correo electrónico

Coberturas seleccionadas
☐ **Seguro de Vida**
☐ **Seguro de Incapacidad a Largo Plazo (LTD)**
☐ **Seguro de Incapacidad a Corto Plazo (STD)**

Nombre del empleador

Dirección del empleador

Ciudad — **Estado** — **Código postal**

Empleado		**Cónyuge**	
Monto total del seguro de vida solicitado	Monto que requiere preselección de riesgos	Monto total del seguro de vida solicitado	Monto que requiere preselección de riesgos
U$S , ,	U$S , ,	U$S , ,	U$S , ,

Nombres de los hijos dependientes que solicitan cobertura	**Fecha de nacimiento - mm/dd/aaaa**	**Monto total del seguro de vida**
Hijo	/ /	U$S ,
Hijo	/ /	U$S ,
Hijo	/ /	U$S ,

Conteste las siguientes preguntas a su mejor saber y entender:

¿Alguna de las personas que solicitan la cobertura fueron diagnosticadas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? No se requiere que el solicitante divulgue los resultados de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).	☐ **Sí**	☐ **No**
Sección 1 Preguntas sobre salud relacionadas con los hijos dependientes		
1. En los últimos 5 años, ¿algún dependiente ha recibido tratamiento por diabetes, trastornos cardíacos o cáncer (exceptuando carcinoma de piel de células basales o escamosas)? ¿Hay algún dependiente que padezca parálisis cerebral, fibrosis quística o distrofia muscular? En caso afirmativo, proporcione el (los) nombre(s) del (de los) hijo(s).	☐ **Sí**	☐ **No**

Sección 2 Preguntas sobre salud relacionadas con empleado y su cónyuge	**Empleado**		**Cónyuge**	
Todos los empleados y cónyuges que soliciten cobertura deben completar esta sección.	**Sí**	**No**	**Sí**	**No**
1. En los últimos 2 años, ¿utilizó usted sustancias controladas con la excepción de aquellas recetadas por un médico, recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por abuso de drogas o alcohol, o se declaró culpable, *Nolo contendere* (ni culpable ni inocente) o fue condenado por un delito grave, delito menor o cargo como resultado de conducir un automóvil bajo la influencia de drogas y/o alcohol?	☐	☐	☐	☐
2. En los últimos 2 años, ¿se le recetaron tres o más medicamentos a ser tomados simultáneamente para la hipertensión arterial?	☐	☐	☐	☐
3. En los últimos 5 años, ¿recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por psicosis, cáncer interno incluidos melanoma, leucemia o enfermedad de Hodgkin, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), distrofia muscular, angina de pecho, o se le realizó una cirugía cardíaca o padeció un ataque cardíaco o accidente isquémico transitorio (AIT)?	☐	☐	☐	☐
4. En los últimos 10 años, ¿recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar crónica incluido enfisema, diabetes tratada con insulina o medicamentos orales, hepatitis (salvo tipo A), cirrosis hepática, enfermedad renal crónica incluida hipertensión o insuficiencia, lupus sistémico o enfermedades del tejido conectivo?	☐	☐	☐	☐
5. ¿Se encuentra en silla de ruedas por alguna razón además de paraplejia?	☐	☐	☐	☐

Sección 3 Si el monto que requiere suscripción supera los U$S 150,000 o solicita una cobertura por incapacidad, deberá completar la sección 3. De lo contrario, firme la solicitud y devuélvala.	**Empleado**		**Cónyuge**	
Si sus respuestas son afirmativas, proporcione los detalles solicitados en el cuadro de la página siguiente.	**Sí**	**No**	**Sí**	**No**
1. En los últimos 2 años, ¿ha volado como piloto privado o estudiante de aviación, ha participado en carreras de lancha o automovilísticas, ha volado ultralivianos, practicado buceo, aladeltismo, aerostación, paracaidismo, alpinismo o algún deporte o pasatiempo similar?	☐	☐	☐	☐
2. ¿Alguna vez consumió barbitúricos, anfetaminas, cocaína, drogas alucinógenas o algún narcótico no recetado por un médico, se le aconsejó reducir el consumo de alcohol, recibió tratamiento o se le arrestó en relación con el alcohol o se le aconsejó recibir asesoramiento por el consumo de alcohol o drogas? En caso afirmativo, proporcione la frecuencia de consumo y fecha en que se consumió por última vez, indique afección(es), medicamento(s), fecha(s) de tratamiento, tratamiento recibido y recuperación, nombre, dirección y número de teléfono del médico/hospital, fecha de ocurrencia, número de licencia de conducir y estado emisor donde se ordenó el arresto.	☐	☐	☐	☐
3. ¿Alguna vez se declaró culpable, *Nolo contendere* (ni culpable ni inocente) o fue condenado por un delito grave o delito menor? En caso afirmativo, indique el nombre de la persona, del (de los) arresto(s). y/o si actualmente se encuentra en libertad condicional.	☐	☐	☐	☐
4. En los últimos 2 años, ¿se declaró culpable, *Nolo contendere* (ni culpable ni inocente) o fue condenado por cometer 3 o más infracciones por exceso de velocidad al volante? En caso afirmativo, indique el nombre de la persona, tipo y fecha(s) de infracción(es), número de licencia de conducir y estado donde se emitió.	☐	☐	☐	☐
5. En los últimos 10 años, ¿recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por epilepsia, trastornos nerviosos, emocionales o mentales, parálisis, trastornos cutáneos, óseos, de músculos, o de espalda, rodilla, cuello o articulaciones, trastornos musculares o neurológicos, Fibromialgia o Síndrome de Fatiga Crónica? En caso afirmativo, indique la(s) condición(es), medicamento(s), fecha(s) del tratamiento, procedimiento recibido y recuperación, y nombre, dirección y número de teléfono del médico/hospital.	☐	☐	☐	☐
6. En los últimos 7 años, ¿recibió asesoramiento médico o solicitó tratamiento por diabetes, asma, trastornos pulmonares o respiratorios, enfermedades tiroideas u otras enfermedades endocrinas, trastornos cardíacos o circulatorios, accidente cerebrovascular (incluidos accidentes isquémicos transitorios), dolor de pecho, hipertensión arterial, cáncer, enfermedades gastrointestinales, genitourinarias, renales o hepáticas? En caso afirmativo, indique la(s) condición(es), medicamento(s), fecha(s) del tratamiento, procedimiento recibido y la fecha de recuperación, nombre, dirección y número de teléfono del médico/hospital.	☐	☐	☐	☐
7. En los últimos 7 años, ¿tomó en forma continua medicamentos de venta libre, suplementos naturales que no sean vitaminas o recibió tratamientos terapéuticos? En caso afirmativo, indique todos los medicamentos de venta libre, incluidos suplementos naturales, la dosis, la afección y fecha del inicio de la misma. Indique además las terapias, las afecciones relacionadas y las fechas de los tratamientos recibidos.	☐	☐	☐	☐
8. En los últimos 7 años, ¿se le recetaron medicamentos o consultó a un profesional médico por alguna razón distinta de las afecciones mencionadas anteriormente, o siente actualmente algún síntoma por el cual no haya consultado a un profesional médico? En caso afirmativo, proporcione detalles, incluidos síntomas, fechas de ocurrencia, medicamentos, tratamiento y nombre, dirección y número de teléfono del profesional médico que lo atendió.	☐	☐	☐	☐
9. ¿Padece de alguna enfermedad que impida o limite sus actividades o se encuentra actualmente embarazada? En caso afirmativo, proporcione detalles, incluidos los síntomas, y describa la(s) limitación(es). Si está embarazada, proporcione la fecha prevista del parto.	☐	☐	☐	☐

Detalles de las respuestas “afirmativas”.

Número de pregunta	Nombre	Descripción detallada	Fecha	Duración	Tratamiento recibido y recuperación	Nombre y dirección de médicos y hospitales

Si necesita más espacio, anexe una hoja adicional.

Autorización

Autorizo a cualquier persona u organización a proporcionar a las subsidiarias de Unum o a sus representantes debidamente autorizados (Unum) lo detallado en cualquiera de los siguientes puntos:

- información sobre cualquier enfermedad o lesión que yo padezca o haya padecido, incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades mentales o abuso de drogas o alcohol. Esta autorización excluye la divulgación de los resultados de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Dichos resultados no podrán ser divulgados ni publicados. Entiendo que nada en esta advertencia prohibirá que esta autorización mencione el hecho de que algún solicitante padezca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- información sobre mi historia médica que incluya cualquier consulta, receta, tratamiento o beneficio.
- copias de todos los documentos que puedan ser solicitados en relación con mi persona o mis familiares, e información no médica sobre mi persona o mis familiares.

El término “persona u organización”, utilizado anteriormente, se refiere a un médico o profesional médico, hospital, clínica u otro establecimiento de atención médica, compañía de seguros o de reaseguro, agencia de apoyo o de informes sobre seguros, farmacia, agencia gubernamental o empleador.

Entiendo que la información obtenida por medio de esta autorización será utilizada por Unum para determinar la elegibilidad para el seguro y los beneficios. Unum no divulgará ningún dato obtenido a ninguna persona u organización, salvo a las compañías reaseguradoras o a otras personas u organizaciones que brinden servicios con relación a mi solicitud o reclamo.

Entiendo que esta autorización será válida por dos años a partir de la fecha de la solicitud y que una fotocopia de dicha autorización tendrá la misma validez que la original. Entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento, salvo que haya sido utilizada con anterioridad a la notificación de cancelación por escrito. También entiendo que, de cancelarse esta autorización, dicha cancelación puede considerarse como base para denegar beneficios de seguro. Esta autorización puede ser cancelada enviando una notificación escrita a: Unum, Attn: Group Medical Underwriting, P.O. Box 9783, Portland, ME 04104-5083.

Según entiendo y creo, las declaraciones que he realizado en esta solicitud son verdaderas y entiendo que las mismas son la base para cualquier cobertura bajo la póliza de grupo para la que se requiere Evidencia de asegurabilidad. He leído y entendido la autorización, y tanto mi representante autorizado como yo tenemos el derecho de recibir una copia. Entiendo que el hecho de no firmar esta autorización podría afectar la capacidad de Unum de procesar mi solicitud o evaluar un reclamo, y que esto podría ser motivo para la denegación de mi solicitud o reclamo de beneficios.

Authorization

I authorize any person or organization to give Unum subsidiaries or their duly authorized representatives (Unum) any of the following:

- information about any injury or illness I have or I have had, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), mental illness or drug or alcohol abuse. This authorization excludes disclosure of Human Immunodeficiency Virus (HIV) test results. Such test results shall not be disclosed or published. I understand that nothing in this caveat will prohibit this authorization from including the fact that an applicant has Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).
- information about my medical history including any consultations, prescriptions, treatments or benefits.
- copies of all records that may be requested concerning me or my family members, and
- non-medical information about me or my family members.

The term person or organization, which is used above, means a physician or medical practitioner, a hospital, clinic or other medical treatment facility, any insurance or reinsurance company, insurance support or reporting agency, pharmacy, government agency, or employer.

I understand that the information obtained by use of this authorization will be used by Unum to determine eligibility for insurance and eligibility for benefits. Unum will not release any of the obtained information to any other person or organization except reinsuring companies or other persons or organizations performing services in connection with my application or claim.

I understand that this authorization shall be valid for two years from the date shown on the application and that a photographic copy of this authorization shall be as valid as the original. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time except to the extent it has been relied on prior to written notice of revocation. I also understand that, if I revoke this authorization, such revocation may be a basis for denying insurance benefits. This authorization may be revoked by sending written notice to: Unum, Attn: Group Medical Underwriting, P.O. Box 9783, Portland ME 04104-5083.

The statements I have made on this application are true to the best of my knowledge and belief, and I understand that they form the basis of any coverage under the group policy for which Evidence of Insurability is required. I have read and understand the Authorization, and I and my authorized representative have a right to receive a copy. I understand that failure to sign this Authorization may impair Unum’s ability to process my application or evaluate a claim, and that this may be a basis for denying my application or claim for benefits.

Firma del empleado _____ Fecha _____ Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Firma del hijo (si tiene 18 años o más) _____ Fecha _____

Rate Information

Rate data does NOT apply to filing.

Supporting Document Schedules

		Review Status:	
Bypassed -Name:	Flesch Certification	Approved-Closed	03/30/2009
Bypass Reason:	No readability score completed on this application filing.		
Comments:			

		Review Status:	
Bypassed -Name:	Application	Approved-Closed	03/30/2009
Bypass Reason:	This is an application filing.		
Comments:			

		Review Status:	
Satisfied -Name:	Certificate of Translation	Approved-Closed	03/30/2009

Comments:

Certificate of Translation attached

Attachment:

1143-01 Cert of Translation.pdf

TRANSPERFECT

STATE OF GEORGIA
CITY OF ATLANTA
COUNTY OF FULTON

CERTIFICATION

I, Nick Jackson, as an employee of TransPerfect Translations, Inc., do hereby certify as true and accurate the following translations from English into Spanish:

- *1143-01-SP*

Under the following exception:

- The Spanish translation contains an additional disclosure titled "Aviso," to comply with legal requirements specific to that language. As such, it is not in the English source.

TransPerfect Translations, Inc., an international ISO 9001:2000 certified translation organization with offices in over forty cities, is a leader in professional translations. TransPerfect Translations, Inc. has over seventeen years experience translating from and into over 100 languages, its work being accepted by business organizations, governmental authorities and courts throughout the United States and internationally.

Moreover, TransPerfect Translations, Inc. affirms that the agents responsible for said translation(s) are qualified to translate and review documents for the above language pair, and are not a relation to any of the parties named in the source document(s).

Dated: 1/20/09

Sworn to before me this

Tuesday, January 20, 2009

Signature, Notary Public

Stamp, Notary Public

GREGORY MEUSHAW
NOTARY PUBLIC
DEKALB, GEORGIA