Filing at a Glance

Company: Provident Life and Accident Insurance Company

Product Name: Application for Voluntary Life Insurance	SERFF Tr Num: UNUM-126545291	State: Arkansas
TOI: L08 Life - Other	SERFF Status: Closed-Approved-Closed	State Tr Num: 45194
Sub-TOI: L08.000 Life - Other	Co Tr Num:	State Status: Approved-Closed
Filing Type: Form		Reviewer(s): Linda Bird
	Authors: Hazel Shadrick, Sandy Kirkman, Julie Mader, Deb McBryar, Joanna Shepich	Disposition Date: 03/25/2010
	Date Submitted: 03/17/2010	Disposition Status: Approved-Closed
Implementation Date Requested: On Approval		Implementation Date:

State Filing Description:

General Information

Project Name: Spanish Translation	Status of Filing in Domicile: Pending
Project Number:	Date Approved in Domicile:
Requested Filing Mode: Informational	Domicile Status Comments:
Explanation for Combination/Other:	Market Type: Individual
Submission Type: New Submission	Group Market Size:
Overall Rate Impact:	Group Market Type:
Filing Status Changed: 03/25/2010	Explanation for Other Group Market Type:
	State Status Changed: 03/25/2010
Deemer Date:	Created By: Deb McBryar
Submitted By: Deb McBryar	Corresponding Filing Tracking Number:

Filing Description:

This is an informational filing for the Spanish translation of a previously approved English Application for Voluntary Life Insurance. The English version of form, L-21815, was approved by your Department on June 1, 2006.

Company and Contact

Filing Contact Information

Sandy Kirkman, Senior Contract Consultant skirkman@unum.com
One Fountain Square 423-294-8981 [Phone]
Chattanooga, TN 37402

Filing Company Information

Provident Life and Accident Insurance Company	CoCode: 68195	State of Domicile: Tennessee
1 Fountain Square	Group Code: 565	Company Type:
Chattanooga, TN 37402	Group Name:	State ID Number:
(800) 451-8475 ext. [Phone]	FEIN Number: 62-0331200	

Filing Fees

Fee Required?	No
Retaliatory?	No
Fee Explanation:	
Per Company:	No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
Provident Life and Accident Insurance Company	$0.00	03/17/2010	
Provident Life and Accident Insurance Company	$50.00	03/24/2010	35127428

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Linda Bird	03/25/2010	03/25/2010

Objection Letters and Response Letters

Objection Letters				Response Letters		
Status	**Created By**	**Created On**	**Date Submitted**	**Responded By**	**Created On**	**Date Submitted**
Pending Industry Response	Linda Bird	03/18/2010	03/18/2010	Julie Mader	03/24/2010	03/24/2010

Disposition

Disposition Date: 03/25/2010

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number:	*UNUM-126545291*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*Provident Life and Accident Insurance Company*	*State Tracking Number:*	*45194*
Company Tracking Number:			
TOI:	*L08 Life - Other*	*Sub-TOI:*	*L08.000 Life - Other*
Product Name:	*Application for Voluntary Life Insurance*		
Project Name/Number:	*Spanish Translation/*		

Schedule	Schedule Item	Schedule Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification		No
Supporting Document	Application		Yes
Supporting Document	Certification of Translation		Yes
Form	Application		Yes

Objection Letter

Objection Letter Status	Pending Industry Response
Objection Letter Date	03/18/2010
Submitted Date	03/18/2010
Respond By Date	04/19/2010

Dear Sandy Kirkman,

This will acknowledge receipt of the captioned filing.

Objection 1
No Objections
Comment: The submission will require a filing fee of $50.00. We will hold your filing in a pending status until the fee is received.

Please feel free to contact me if you have questions.
Sincerely,
Linda Bird

Response Letter

Response Letter Status	Submitted to State
Response Letter Date	03/24/2010
Submitted Date	03/24/2010

Dear Linda Bird,

Comments:

Response 1

Comments: The submission fee of $50.00 has been sumitted EFT.

Related Objection 1

Comment:

The submission will require a filing fee of $50.00. We will hold your filing in a pending status until the fee is received.

Changed Items:

No Supporting Documents changed.

No Form Schedule items changed.

No Rate/Rule Schedule items changed.

Sincerely,

Deb McBryar, Hazel Shadrick, Joanna Shepich, Julie Mader, Sandy Kirkman

Form Schedule

Lead Form Number: L-21815-SP

Schedule Item Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
	L-21815-SP	Application/ Enrollment Form	Application	Initial			L-21815-SP-3-17-10-Final (2).pdf

Provident Life and Accident Insurance Company
1 Fountain Square
Chattanooga, Tennessee 37402

SOLICITUD DE SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA

Tipo de producto:

☐ Seguro de Vida Entera Susceptible a la Tasa de Interés Vigente (ISWL)

☐ Seguro de Vida a Término Fijo Renovable Anualmente 10/10 (10/10/YRT)*

☐ Seguro Individual de Vida Universal (IUL)

☐ Aumento de Seguro Individual de Vida Universal (IUL Increase)

	Empleado (Solicitante)	Cónyuge	Hijo y/o Nieto*
Nueva Cobertura	☐	☐	☐
Más Cobertura	☐	☐	☐
Reincorporación	☐	☐	☐

*La Póliza para Hijo/Nieto no está disponible con el Seguro de Vida a Término Fijo Renovable Anualmente 10/10

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (SOLICITANTE) – Llene Siempre

Nombre del Empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____

Número del Seguro Social _____

Dirección del Domicilio (Calle/Apartado de Correos) _____

Sexo ☐ F ☐ M

Ciudad _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Estado _____ Código Postal _____

Identificación del Empleado/N.º de Nómina de Pago _____

Nº de Teléfono del Domicilio _____

¿Se encuentra laboralmente activo? ☐ Sí ☐ No

Fecha de Contratación (mm/dd/aaaa) _____

¿Es usted un ciudadano estadounidense o canadiense que trabaja en los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "No," ¿tiene permiso de residente permanente (Green Card)? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Empleador _____

Cantidad de horas de trabajo programadas por semana

Sueldo Anual $ _____

Ocupación _____

N.º de Teléfono del Trabajo _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE – Llene Únicamente si solicita cobertura para Cónyuge (Póliza o Anexo a Término Fijo para Cónyuge).

Nombre (Prime Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____

Número del Seguro Social _____

Ocupación _____

Sexo ☐ F ☐ M

¿El cónyuge vive en los EE. UU? ☐ Sí ☐ No

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

En los últimos 12 meses, ¿el cónyuge ha sido hospitalizado o tratado, incluyendo medicamentos recetados, por una lesión o enfermedad (sin incluir embarazo, resfríos, alergias, gripe y problemas en la espalda)? ☐ Sí ☐ No **(Si la respuesta es "Sí" y está solicitando el monto del Nivel 1, llene la Sección 5; si la respuesta es "Sí" y está solicitando el monto del Nivel 2, llene las Secciones 5 y 6).**

Nombre del Empleado: (Solicitante) _____

N.º del Seguro Social del Empleado: (Solicitante) _____

SECCIÓN 3: HIJO y/o NIETO – Llene Únicamente si solicita la Póliza para Hijo y/o Nieto. (La Póliza para Hijo/Nieto no está disponible con el Seguro de Vida a Término Fijo Renovable Anualmente 10/10)

Hijo/Nieto Nº 1

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____

Parentesco: ☐ Hijo ☐ Nieto

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Sexo ☐ F ☐ M

¿El Hijo/Nieto vive en los EE. UU? ☐ Sí ☐ No

Hijo/Nieto Nº 2

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____

Parentesco: ☐ Hijo ☐ Nieto

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Sexo ☐ F ☐ M

¿El Hijo/Nieto vive en los EE. UU? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE LA COBERTURA – Para ser llenado para las coberturas del Empleado (Solicitante), Cónyuge, Hijo y/o Nieto. (La Póliza para Hijo/Nieto no está disponible con el Seguro de Vida a Término Fijo Renovable Anualmente 10/10)

	Empleado (Solicitante)	**Cónyuge**	**Hijo/Nieto N.º 1**	**Hijo/Nieto N.º 2**
1. ¿Ha utilizado usted (o alguna de las personas que solicitan la cobertura) algún producto de tabaco (tales como cigarrillos, cigarros, rapé, tabaco de mascar o pipa) o algún sistema de ingesta de nicotina en los últimos 12 meses? **(Si solicita la Póliza para Cónyuge y con Renovación Anual, no es necesario responder esta pregunta).**	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	N/C	N/C
2a. ¿Tiene usted (o alguna de las personas que solicitan la cobertura) un seguro de vida individual o una cobertura de anualidad en vigencia?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
b. ¿Reemplazará la cobertura solicitada a algún seguro de vida individual o cobertura de anualidad en vigencia? Si la respuesta es “Sí”, proporcione los detalles que se solicitan en el formulario de sustitución adjunto, si es necesario.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Nombre del Empleado: (Solicitante) _____

N.º del Seguro Social del Empleado: (Solicitante) _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE LA COBERTURA, Continuación – Para ser llenado para la cobertura del Empleado (Solicitante), Cónyuge, Hijo y/o Nieto. (La Póliza para Hijo/Nieto no está disponible con el Seguro de Vida a Término Fijo Renovable Anualmente 10/10)

		Empleado (Solicitante)	Cónyuge	Hijo/Nieto N.º 1	Hijo/Nieto N.º 2
3. Plan de Seguro que se solicita	Vida Entera Susceptible a la Tasa de Interés Vigente	☐	☐	☐	☐
	Si escoge el de Vida Entera Susceptible a la Tasa de Interés Vigente,¿Préstamo de Prima Automático?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
	Individual de Vida Universal/Aumento	☐	☐	☐	☐
	A Término Fijo Renovable Anualmente 10/10/ (si tiene 61 años o más)	☐	☐	N/C	N/C
4. Cantidad Nominal/Específica		$ _____	$ _____	$ _____	$ _____
5. Prima de la Póliza Base		$ _____	$ _____	$ _____	$ _____

6. Anexos y Primas

	Empleado (Solicitante) Monto de la Cobertura	Empleado (Solicitante) Prima	Cónyuge Monto de la Cobertura	Cónyuge Prima
☐ ADB	$ _____	$ _____	$ _____	$ _____
☐ Exención*		$ _____		
☐ CTR**	Cant. de unidades _____	$ _____	Cant. de unidades _____	$ _____
☐ AIR (solo IUL).....	$ _____ Por _____ años			
☐ LTC***		$ _____		$ _____
☐ BC		$ _____		$ _____
☐ BR		$ _____		$ _____
☐ BC/BR		$ _____		$ _____
☐ Anexo a Término Fijo para Cónyuge	$ _____	$ _____		
☐ Otro _____	$ _____	$ _____	$ _____	$ _____
☐ Otro _____	$ _____	$ _____	$ _____	$ _____
7. Prima Total para Anexos		$ _____		$ _____

Nombre del Empleado: _____ N.º del Seguro Social del Empleado: _____

(Solicitante) (Solicitante)

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE LA COBERTURA, Continuación

8. Prima total para la póliza base y los anexos (Proporcione la suma para el Nº 5 y el Nº 7, para cada solicitante).

Empleado (Solicitante)	$ _____
Cónyuge	$ _____
Hijo/Nieto nº 1	$ _____
Hijo/Nieto nº 2	$ _____
Total combinado para todos los solicitantes	$ _____

9. Prima Deducida del Cheque de Pago:

☐ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Semimensual ☐ Mensual ☐ Otro _____

PRIMA TOTAL DEL CHEQUE DE PAGO: ..... $ _____

* IUL – Exención a la deducción mensual ISWL y 10/10/YRT – Exención del Pago de la Prima	** CTR no puede estar en ambas pólizas, para Empleado y para Cónyuge	*** LTC no está disponible con la Póliza 10/10/YRT

Beneficiario Primario:

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____ Parentesco con Usted _____

Beneficiario contingente:

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____ Parentesco con Usted _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO - Cónyuge

Beneficiario Primario:

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____ Parentesco con Usted _____

Beneficiario Contingente:

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____ Parentesco con Usted _____

Nombre del Empleado: _____ (Solicitante)

N.º del Seguro Social del Empleado: _____ (Solicitante)

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE LA COBERTURA, Continuación

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO – Hijo/Nieto Nº 1

Beneficiario Primario:

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____ Parentesco con Usted _____

Beneficiario Contingente: _____ _____

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____ Parentesco con Usted _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO – Hijo/Nieto Nº 2

Beneficiario Primario:

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____ Parentesco con Usted _____

Beneficiario Contingente: _____

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) _____ Parentesco con Usted _____

SECCIÓN 5: PERFIL MÉDICO NIVEL 1 – Llene según se requiere para toda la cobertura que necesita selección de riesgos. (La póliza para Hijo/Nieto no está disponible con el Seguro de Vida a Término Fijo Renovable Anualmente 10/10)	**Empleado (Solicitante)**	**Cónyuge**	**Hijo/Nieto N.º 1**	**Hijo/Nieto N.º 2**
1. ¿Ha tenido usted (o alguna de las personas que solicitan la cobertura) un resultado positivo en el análisis del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o sus anticuerpos; o ha sido diagnosticado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o recibido tratamiento contra este?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
2. En los últimos 12 meses, ¿ha sido usted (o alguna de las personas que solicitan la cobertura) hospitalizado más de 5 días consecutivos o, si está empleado, se ha ausentado de su trabajo por más de 10 días consecutivos, por otro motivo que no sea vacaciones, resfríos, gripe, embarazo, accidentes, alergias o problemas en la espalda?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Nombre del empleado: (Solicitante) _____

N.º del Seguro Social del empleado: (Solicitante) _____

SECCIÓN 5: PERFIL MÉDICO NIVEL 1, Continuación – Llene según se requiere para toda la cobertura que necesita selección de riesgos. (La póliza para Hijo/Nieto no está disponible con el Seguro de Vida a Término Fijo Renovable Anualmente 10/10)	**Empleado (Solicitante)**	**Cónyuge**	**Hijo/Nieto N.º 1**	**Hijo/Nieto N.º 2**
3. En los últimos 5 años, ¿se le ha diagnosticado a usted (o a alguna de las personas que solicitan la cobertura) o ha recibido asesoramiento médico o solicitado tratamiento, incluso cirugía, o tomado medicamentos para alguna de las siguientes afecciones? - Fibrilación auricular, angina de pecho, ataque cardíaco, arteriopatía coronaria o cirugía cardíaca o de la(s) válvula(s) cardíaca(s) - Insuficiencia cardíaca congestiva o miocardiopatía - Accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio (AIT) - Hipertensión arterial tratada con 3 o más medicamentos - Abuso de drogas o alcohol - Diabetes (sin incluir la gestacional o la controlada por dieta) - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o enfermedad pulmonar crónica (sin incluir asma)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
4. En los últimos 10 años, ¿se le ha diagnosticado a usted (o a alguna de las personas que solicitan la cobertura) cáncer o tumores malignos de otro tipo, sin incluir carcinoma basocelular, o ha recibido asesoramiento médico o solicitado tratamiento, o tomado medicamentos para esto?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
5. ¿Al hijo o nieto solicitante alguna vez se le ha diagnosticado síndrome de Down, parálisis cerebral, distrofia muscular o fibrosis quística; o ha recibido tratamiento para dichas afecciones?	N/C	N/C	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Nombre del empleado: _____ (Solicitante)

N.º del Seguro Social del empleado: _____ (Solicitante)

SECCIÓN 6: PERFIL MÉDICO NIVEL 2 – Llene si se necesita una selección de riesgos adicional.	**Empleado (Solicitante)**	**Cónyuge**
1. Proporcione altura y peso.	___ Pies ___ Pulgadas ____ Libras	___ Pies ___ Pulgadas ____ Libras
2. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado a usted (o a alguna de las personas que solicitan la cobertura) o ha recibido asesoramiento médico o solicitado tratamiento, incluyendo cirugía, o tomado medicamentos para alguna de las siguientes afecciones? - Cirrosis Hepática o Hepatitis (sin incluir hepatitis A) - Enfermedad o insuficiencia renal (sin incluir cálculos renales, riñón esponjoso, riñón en herradura o ectópico y extracción de riñón por traumatismo) - Fibrilación Auricular, angina de pecho, ataque cardíaco, arteriopatía coronaria o cirugía cardíaca o de la(s) válvula(s) cardíaca(s) - Insuficiencia Cardíaca Congestiva o miocardiopatía - Accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio (AIT) - Insuficiencia Venosa Periférica - Cáncer (sin incluir carcinoma basocelular) - Cualquier condición que exija un trasplante de órganos (sin incluir el de córnea) - Diabetes (sin incluir la gestacional o la controlada por dieta) - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o enfermedad pulmonar crónica (sin incluir asma)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
3. En los últimos 5 años, ¿se le ha diagnosticado a usted (o a alguna de las personas que solicitan la cobertura) o ha recibido asesoramiento médico o solicitado tratamiento, incluyendo cirugía, o tomado medicamentos para alguna de las siguientes afecciones? - Esclerosis múltiple, distrofia muscular o enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA o enfermedad de Lou Gehring) o corea de Huntington - Esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar o trastorno de estrés postraumático - Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa - Lupus sistémico o cualquier enfermedad del tejido conectivo	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
4. En los últimos 2 años, usted (o alguna de las personas que solicitan la cobertura): - ¿se declaró culpable, *Nolo contenderé* (ni culpable ni inocente) o fue condenado por un delito grave o delito menor? - ¿ha recibido cargos por conducir un vehículo motorizado bajo la influencia de drogas y/o alcohol?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Nombre del Empleado: _____ (Solicitante)

N.º del Seguro Social del Empleado: _____ (Solicitante)

SECCIÓN 7: ANEXO DE CUIDADO A LARGO PLAZO – Llene Únicamente si solicita un Anexo de Cuidado a Largo Plazo	Empleado (Solicitante)	Cónyuge
1. ¿Usted (o alguna de las personas que solicitan la cobertura) cuenta con otra póliza de Seguro de Cuidado a Largo Plazo en vigencia, incluyendo un contrato de servicios de cuidados médicos o un contrato con una organización para el cuidado de la salud?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
2. ¿Usted (o alguna de las personas que solicitan la cobertura) tuvo otra póliza de Seguro de Cuidado a Largo Plazo en vigencia durante los últimos 12 meses? Si la respuesta es “Sí”, ¿con qué compañía?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Si ha caducado, ¿cuándo caducó?		
3. ¿Está usted (o alguna de las personas que solicitan la cobertura) cubierto por Medicaid (no Medicare)?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
4. ¿Usted (o alguna de las personas que solicitan la cobertura) tiene intenciones de sustituir alguna cobertura de salud, médica o de cuidado a largo plazo con este anexo? Si la respuesta es “Sí”, indique el tipo de cobertura:	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Nombre de la Compañía		

SECCIÓN 8: DECLARACIONES DEL EMPLEADO (SOLICITANTE)

Yo estoy de acuerdo en que cualquier hijo propuesto para el Seguro a Término Fijo para Niños debe depender de mí para al menos el 50% de su sustento a fin de estar cubierto por los beneficios.

Yo comprendo que la fecha de vigencia de la cobertura emitida en función de esta solicitud se encuentra sujeta a la aceptación de la solicitud en virtud de las normas, los límites y los estándares de Provident Life and Accident Insurance Company (en lo sucesivo, "Unum”) y el seguro es, o habría sido, emitido según se solicitó (o si no es emitido según se solicitó, entonces según sus enmiendas). La fecha de vigencia de la cobertura aprobada se especificará en su póliza. La fecha de vigencia de la cobertura será después de la fecha en que se firme la solicitud y antes de la fecha en que comiencen las deducciones del cheque de pago o el cobro de las primas para las pólizas que no se deduzcan del cheque de pago.

Yo comprendo que no se pagarán beneficios durante los primeros 90 días (Período de eliminación) de un período de beneficios según cualquier anexo de Cuidados a Largo Plazo que yo esté solicitando.

Yo autorizo a mi empleador a deducir las primas para este seguro de mis ingresos (a menos que la cobertura que solicito permita un pago alternativo de las primas del seguro).

Todas las declaraciones y respuestas brindadas en esta solicitud son verdaderas y están completas, y se proporcionaron a fin de obtener el seguro.

Nombre del Empleado: _____ (Solicitante)

N.º del Seguro Social del Empleado: _____ (Solicitante)

SECCIÓN 8: DECLARACIONES DEL EMPLEADO (SOLICITANTE), Continuación

ADVERTENCIA: Unum se basará en la información que usted haya proporcionado para evaluar esta solicitud. Si las respuestas proporcionadas son incorrectas o falsas, existe la posibilidad de que Unum le niegue los beneficios o invalide el seguro. Toda persona que, a sabiendas, y con el propósito de estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una solicitud de seguro o una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, puede estar sujeta a sanciones civiles o penales, según la ley estatal.

Fecha _____ (Mes/Día/Año) en _____ (Ciudad, Estado)

Firma del Empleado (Solicitante)	**Firma del Cónyuge (Si Corresponde)**

Unum es una marca registrada y una marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras. Este producto es asegurado por Provident Life and Accident Insurance Company.

DECLARACIONES DEL PRODUCTOR: (1) ¿Tiene conocimiento o alguna razón para creer que el solicitante tiene un Seguro de Vida Individual, un Seguro de Cuidado a Largo Plazo o una cobertura de anualidad vigentes? ☐ Sí ☐ No (2) ¿Tiene conocimiento o alguna razón para creer que el seguro propuesto tiene por objetivo sustituir un Seguro de Vida Individual, un Seguro de Cuidado a Largo Plazo o una cobertura de anualidad vigentes? ☐ Sí ☐ No (3) A su leal saber y entender, las anteriores declaraciones y respuestas son completas y verdaderas.

Fecha _____ (Mes/Día/Año)

Nº de Licencia del Productor _____

Nombre del Productor en Letra Imprenta _____

Firma del Productor Autorizado

Solo para Uso de la Oficina Central

Número de Póliza: _____

Empleado (Solicitante) _____

Cónyuge _____

Hijo/Nieto Nº 1 _____

Hijo/Nieto Nº 2 _____

Supporting Document Schedules

Item Status: **Status Date:**

Bypassed - Item: Flesch Certification

Bypass Reason: Not applicable.

Comments:

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Application

Comments:

This is the English version of application, L-21815, approved by your Department on June 1, 2006.

Attachment:

ENGLISH GENERIC L-21815.pdf

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Certification of Translation

Comments:

Attachment:

Generic CERTIFICATION_21815-SP (3).doc.pdf

Provident Life and Accident Insurance Company
1 Fountain Square
Chattanooga, Tennessee 37402

APPLICATION FOR VOLUNTARY LIFE INSURANCE

Product Type:
☐ ISWL ☐ 10/10/YRT*
☐ IUL ☐ IUL Increase

	Employee (Applicant)	Spouse	Child and/or Grandchild*
New Coverage	☐	☐	☐
Addition of Coverage	☐	☐	☐
Reinstatement	☐	☐	☐

*Child/Grandchild Policy not available with 10/10/YRT

SECTION 1: EMPLOYEE (APPLICANT) INFORMATION – Always Complete

Employee Name (First, Middle, Last) _____

Social Security Number _____

Home Address (Street/PO Box) _____

Gender ☐ F ☐ M

City _____

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____

State _____ Zip Code _____

Home Phone # _____

Employee ID/Payroll # _____

Are you Actively at Work? ☐ Yes ☐ No

Are you a U.S. Citizen or Canadian Citizen working in the U.S.?
☐ Yes ☐ No If "No," do you have a Green Card? ☐ Yes ☐ No

Employer Name _____

Date of Hire (mm/dd/yyyy) _____

Scheduled Number of Work Hours per Week _____

Annual Salary $ _____

Occupation _____

Work Phone # _____

SECTION 2: SPOUSE INFORMATION– Complete Only if applying for Spouse coverage (Policy or Spouse Term Rider)

Name (First, Middle, Last) _____

Social Security Number _____

Occupation _____

Gender ☐ F ☐ M

Does the Spouse live in the U.S.? ☐ Yes ☐ No

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____

During the past 12 months, has the spouse been hospitalized or treated, including prescription medication, for an injury or sickness (excluding pregnancy, colds, allergies, flu and back problems)? ☐ Yes ☐ No **(If "Yes" and applying for Tier 1 amount, complete Section 5; If "Yes" and applying for Tier 2 amount, complete Sections 5 & 6)**

Employee Name: _____ Employee SSN: _____
(Applicant) (Applicant)

SECTION 3: CHILD and/or GRANDCHILD – Complete Only if applying for Child and/or Grandchild Policy (Child/Grandchild Policy not available with 10/10/YRT)

Child/Grandchild #1

Name (First, Middle, Last) _____

Relationship: ☐ Child ☐ Grandchild

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____

Gender ☐ F ☐ M

Does the Child/Grandchild live in the U.S.? ☐ Yes ☐ No

Child/Grandchild #2

Name (First, Middle, Last) _____

Relationship: ☐ Child ☐ Grandchild

Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____

Gender ☐ F ☐ M

Does the Child/Grandchild live in the U.S.? ☐ Yes ☐ No

SECTION 4: COVERAGE INFORMATION – To be completed for Employee (Applicant), Spouse, Child and/or Grandchild coverage (Child/Grandchild Policy not available with10/10/YRT)

	Employee (Applicant)	**Spouse**	**Child/Grandchild #1**	**Child/Grandchild #2**
1. Have you (or any person applying for coverage) used any tobacco products (such as cigarettes, cigars, snuff, dip, chew or pipe) or any nicotine delivery system in the past 12 months? **(If Spouse and applying for a 10/10/YRT Policy, this question is not required)**	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	N/A	N/A
2a. Do you (or any person applying for coverage) have existing individual life insurance or annuity coverage?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
b. Will coverage applied for replace any existing individual life insurance or annuity coverage? If "Yes," provide details requested on the accompanying replacement form, if required.	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Employee Name: _____ Employee SSN: _____
(Applicant) (Applicant)

SECTION 4: COVERAGE INFORMATION Continued – To be completed for Employee (Applicant), Spouse, Child and/or Grandchild coverage (Child/Grandchild Policy not available with10/10/YRT)

		Employee (Applicant)	Spouse	Child/Grandchild #1	Child/Grandchild #2
3. Plan of Insurance being applied for	ISWL	☐	☐	☐	☐
	If ISWL, APL?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
	IUL/Increase	☐	☐	☐	☐
	10/10/YRT (10 YRT if age 61 or older)	☐	☐	N/A	N/A
4. Face/Specified Amount		$ _____	$ _____	$ _____	$ _____
5. Base Policy Premium		$ _____	$ _____	$ _____	$ _____

6. Riders and Premiums

	Employee (Applicant) Coverage Amount	Employee (Applicant) Premium	Spouse Coverage Amount	Spouse Premium
☐ ADB	$ _____	$ _____	$ _____	$ _____
☐ Waiver*		$ _____		
☐ CTR**	# of Units _____	$ _____	# of Units _____	$ _____
☐ AIR (IUL only)	$ _____ For _____ yrs.			
☐ LTC***		$ _____		$ _____
☐ BC		$ _____		$ _____
☐ BR		$ _____		$ _____
☐ BC/BR		$ _____		$ _____
☐ Spouse Term Rider	$ _____	$ _____		
☐ Other _____	$ _____	$ _____	$ _____	$ _____
☐ Other _____	$ _____	$ _____	$ _____	$ _____
7. Total Premium for Riders		$ _____		$ _____

8. Total Premium for Base Policy and Riders (Provide sum for #5 and #7 for each applicant)

Employee (Applicant) $ _____
Spouse $ _____
Child/Grandchild #1 $ _____
Child/Grandchild #2 $ _____
Combined Total for All Applicants $ _____

9. Payroll Premium Deducted:

☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Semi-Monthly ☐ Monthly ☐ Other _____

TOTAL PAYROLL PREMIUM: ..... $ _____

* IUL – Waiver of Monthly Deduction
ISWL and 10/10/YRT – Waiver of Premium

** CTR cannot be on both the Employee and Spouse Policies

*** LTC not available with 10/10/YRT Policy

Employee Name: _____ Employee SSN: _____
(Applicant) (Applicant)

SECTION 4: COVERAGE INFORMATION Continued

BENEFICIARY INFORMATION – Employee (Applicant)

Primary Beneficiary:

Name (First, Middle, Last) _____ Relationship to You _____

Contingent Beneficiary:

Name (First, Middle, Last) _____ Relationship to You _____

BENEFICIARY INFORMATION - Spouse

Primary Beneficiary:

Name (First, Middle, Last) _____ Relationship to You _____

Contingent Beneficiary:

Name (First, Middle, Last) _____ Relationship to You _____

BENEFICIARY INFORMATION – Child/Grandchild #1

Primary Beneficiary:

Name (First, Middle, Last) _____ Relationship to You _____

Contingent Beneficiary:

Name (First, Middle, Last) _____ Relationship to You _____

BENEFICIARY INFORMATION – Child/Grandchild #2

Primary Beneficiary:

Name (First, Middle, Last) _____ Relationship to You _____

Contingent Beneficiary:

Name (First, Middle, Last) _____ Relationship to You _____

Employee Name: _____ Employee SSN: _____
(Applicant) (Applicant)

SECTION 5: TIER 1 MEDICAL PROFILE – Complete as required for all underwritten coverage (Child/Grandchild Policy not available with 10/10/YRT)	**Employee (Applicant)**	**Spouse**	**Child/Grandchild #1**	**#2**
1. Have you (or any person applying for coverage) tested positive for the Human Immunodeficiency Virus (HIV) or its antibodies, or been diagnosed with or received treatment for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
2. In the past 12 months, have you (or any person applying for coverage) for any reason other than vacation, colds, flu, pregnancy, accidents, allergies or back problems been hospitalized more than 5 consecutive days, or if employed, missed more than 10 consecutive days at work?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
3. In the past 5 years, have you (or any person applying for coverage) been diagnosed, received medical advice, sought treatment including surgery, or taken medication for any of the following: - Atrial fibrillation, angina, heart attack, coronary artery disease or surgery on the heart or heart valve(s) - Congestive heart failure or cardiomyopathy - Stroke or transient ischemic attack (TIA) - High blood pressure treated with 3 or more medications - Alcohol or drug abuse - Diabetes (excluding gestational or diet controlled) - Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), emphysema or chronic lung disease (excluding asthma)	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
4. In the past 10 years, have you (or any person applying for coverage) been diagnosed, received medical advice, sought treatment, or taken medication for cancer or malignancy of any kind, excluding basal cell carcinoma?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
5. Has the Child or Grandchild applicant ever been diagnosed with or treated for Down's syndrome, cerebral palsy, muscular dystrophy or cystic fibrosis?	N/A	N/A	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Employee Name: _____ Employee SSN: _____
(Applicant) (Applicant)

SECTION 6: TIER 2 MEDICAL PROFILE – Complete if additional underwriting is required	Employee (Applicant)	Spouse
1. Provide height and weight	___ft. ___in. ___lbs.	___ft. ___in. ___lbs.
2. Have you (or any person applying for coverage) ever been diagnosed, received medical advice, sought treatment including surgery, or taken medication for any of the following: - Cirrhosis of the liver or hepatitis (excluding hepatitis A) - Kidney disease or failure (excluding kidney stones, sponge, horseshoe or ectopic kidney and kidney removal due to trauma) - Atrial fibrillation, angina, heart attack, coronary artery disease or surgery on the heart or heart valve(s) - Congestive heart failure or cardiomyopathy - Stroke or transient ischemic attack (TIA) - Peripheral Vascular Disease - Cancer (excluding basal cell carcinoma) - Any condition requiring an organ transplant (excluding corneal) - Diabetes (excluding gestational or diet controlled) - Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), emphysema or chronic lung disease (excluding asthma)	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
3. In the past 5 years, have you (or any person applying for coverage) been diagnosed, received medical advice, sought treatment including surgery, or taken medication for any of the following: - Multiple sclerosis, muscular dystrophy or Parkinson's disease, amyotrophic lateral sclerosis (ALS or Lou Gehrig's disease) or Huntington's disease - Schizophrenia, psychosis, bipolar disorder or post traumatic stress disorder - Crohn's disease or ulcerative colitis - Systemic lupus or any connective tissue disease	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
4. In the past 2 years, have you (or any person applying for coverage): - Pled guilty or no contest or been convicted of a felony or misdemeanor - Been charged with operating a motor vehicle under the influence of drugs and/or alcohol	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Employee Name: _____ Employee SSN: _____
(Applicant) (Applicant)

SECTION 7: LONG TERM CARE RIDER – Complete Only if applying for LTC Rider	**Employee (Applicant)**	**Spouse**
1. Do you (or any person applying for coverage) have another long term care insurance policy in force, including health care service contract, or health maintenance organization contract?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
2. Did you (or any person applying for coverage) have another long term care insurance policy in force during the past 12 months? If "Yes," with which company: If it has lapsed, when did it lapse?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
3. Are you (or any person applying for coverage) covered by Medicaid (not Medicare)?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
4. Do you (or any person applying for coverage) intend to replace any long term care, medical, or health coverage with this rider? If "Yes," type of coverage: Name of Company	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Employee Name: _____ Employee SSN: _____
(Applicant) (Applicant)

SECTION 8: EMPLOYEE (APPLICANT) STATEMENTS

I agree that any child proposed for Children's Term Insurance must be dependent on me for at least 50% of his/her support to be covered for benefits.

I understand the effective date of coverage issued based on this application is subject to the application being acceptable under the rules, limits and standards of Provident Life and Accident Insurance Company (hereafter "Unum") and the insurance is, or would have been, issued as applied for (or if not issued as applied for, then as modified). The effective date of approved coverage will be as stated in your Policy. The effective date of coverage will be no earlier than the application signed date and no later than the date payroll deductions begin or premiums are collected for non-payroll deducted policies.

I understand that no benefits are payable for the first 90 days (Elimination Period) of a Benefit Period under any Long Term Care rider for which I am applying.

I authorize my employer to deduct the premiums for this insurance from my earnings (unless the coverage for which I am applying allows for alternate methods to pay insurance premiums).

All statements and answers provided on this application are true and complete, and are given to obtain insurance.

CAUTION: Unum will rely on the information provided in order to evaluate this application. If the answers provided are incorrect or untrue, Unum may deny benefits or rescind insurance. Any person who, knowingly and with intent to defraud or deceive any insurance company, submits an insurance application or files a claim containing any false, incomplete or misleading information may be subject to civil or criminal penalties, depending upon state law.

Dated _____ at _____
(Month/Day/Year) (City, State)

Employee (Applicant) Signature	**Spouse Signature (if applicable)**

Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries. The insurance product is underwritten by Provident Life and Accident Insurance Company.

PRODUCER STATEMENTS: (1) Do you have any knowledge or reason to believe that the applicant has any existing individual life insurance, long term care insurance or annuity coverage? ☐ Yes ☐ No (2) Do you have knowledge or reason to believe that the proposed insurance is intended to replace any existing individual life insurance, long term care insurance or annuity coverage? ☐ Yes ☐ No (3) To the best of your knowledge and belief, the above statements and answers are complete and true.

Dated _____
(Month/Day/Year)

Producer's License No. _____

Printed Name of Producer _____

Licensed Producer's Signature

For Home Office Use Only

Policy Number: _____

Employee (Applicant) _____

Spouse _____

Child/Grandchild #1 _____

Child/Grandchild #2 _____

oceantranslations

CERTIFICATION

I, Luciana Ramos, as an owner of Ocean Translations S.R.L., do hereby certify the translation provided from English into Spanish in the document stated below is accurate and complete – i.e. both the English and the Spanish documents have exactly the same content:

L-21815-SP

Ocean Translations S.R.L. affirms the undersigning is qualified to translate and review documents for the above language pair and is also member of the local Board of Translators, under license 218/02.

Luciana Ramos

Dated: Thursday, February 18, 2010.