Filing at a Glance

Company:	Unum Life Insurance Company of America
Product Name:	Group Critical Illness
State:	Arkansas
TOI:	H07G Group Health - Specified Disease - Limited Benefit
Sub-TOI:	H07G.001 Critical Illness
Filing Type:	Form
Date Submitted:	01/29/2013
SERFF Tr Num:	UNUM-128872430
SERFF Status:	Closed-Approved-Closed
State Tr Num:	
State Status:	Approved-Closed
Co Tr Num:	AE-1087-SP
Implementation Date Requested:	On Approval
Author(s):	Laneeta Derrick, Sandy Kirkman, Julie Mader, Vanessa Vice
Reviewer(s):	Rosalind Minor (primary)
Disposition Date:	01/30/2013
Disposition Status:	Approved-Closed
Implementation Date:	

State Filing Description:

State: *Arkansas* **Filing Company:** *Unum Life Insurance Company of America*
TOI/Sub-TOI: *H07G Group Health - Specified Disease - Limited Benefit/H07G.001 Critical Illness*
Product Name: *Group Critical Illness*
Project Name/Number: *Evidence of Insurability/AE-1087-SP*

General Information

Project Name: Evidence of Insurability
Project Number: AE-1087-SP
Requested Filing Mode: Informational
Explanation for Combination/Other:
Submission Type: New Submission
Group Market Type: Employer
Filing Status Changed: 01/30/2013
State Status Changed: 01/30/2013
Created By: Sandy Kirkman
Corresponding Filing Tracking Number:

Status of Filing in Domicile: Not Filed
Date Approved in Domicile:
Domicile Status Comments:
Market Type: Group
Group Market Size: Small and Large
Overall Rate Impact:

Deemer Date:
Submitted By: Sandy Kirkman

Filing Description:
UNUM Life Insurance Company of America
NAIC 565-62235
AE-1087-SP Group Critical Illness/Cancer Insurance- Evidence of Insurability

This is an informational filing for the Spanish translation of a previously approved English Evidence of Insurability form for Group Critical Illness/Cancer Insurance Application. The English version of AE-1087-AR-SP, AE-1087-AR, was filed May 6, 2009 and approved by your Department on that same date. It is attached under the Supporting Documentation tab along with the Translation Certification.

Please feel free to contact me at 1-800-451-8475, extension 48981, or e-mail me at skirkman@unum.com, if there is any additional information we can provide to assist in your evaluation of this filing.

Thank you for your review of this submission.

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

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

CoCode: 62235
Group Code: 565
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

State: *Arkansas* **Filing Company:** *Unum Life Insurance Company of America*
TOI/Sub-TOI: *H07G Group Health - Specified Disease - Limited Benefit/H07G.001 Critical Illness*
Product Name: *Group Critical Illness*
Project Name/Number: *Evidence of Insurability/AE-1087-SP*

Retaliatory? No

Fee Explanation: $50.00 per form.

Per Company: No

Company	Amount	Date Processed	Transaction #
Unum Life Insurance Company of America	$50.00	01/29/2013	66991559

State: *Arkansas* **Filing Company:** *Unum Life Insurance Company of America*
TOI/Sub-TOI: *H07G Group Health - Specified Disease - Limited Benefit/H07G.001 Critical Illness*
Product Name: *Group Critical Illness*
Project Name/Number: *Evidence of Insurability/AE-1087-SP*

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Rosalind Minor	01/30/2013	01/30/2013

State: *Arkansas* **Filing Company:** *Unum Life Insurance Company of America*
TOI/Sub-TOI: *H07G Group Health - Specified Disease - Limited Benefit/H07G.001 Critical Illness*
Product Name: *Group Critical Illness*
Project Name/Number: *Evidence of Insurability/AE-1087-SP*

Disposition

Disposition Date: 01/30/2013
Implementation Date:
Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

Schedule	Schedule Item	Schedule Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Application	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	Translation Certification	Approved-Closed	Yes
Supporting Document	English version of form AE-1087-AR	Approved-Closed	Yes
Form	Evidence of Insurability	Approved-Closed	Yes

State: *Arkansas* **Filing Company:** *Unum Life Insurance Company of America*
TOI/Sub-TOI: *H07G Group Health - Specified Disease - Limited Benefit/H07G.001 Critical Illness*
Product Name: *Group Critical Illness*
Project Name/Number: *Evidence of Insurability/AE-1087-SP*

Form Schedule

Lead Form Number: AE-1087-AR-SP

Item No.	Schedule Item Status	Form Name	Form Number	Form Type	Form Action	Action Specific Data	Readability Score	Attachments
1	Approved-Closed 01/30/2013	Evidence of Insurability	AE-1087-AR-SP	AEF	Initial			AE-1087-AR-SP.pdf

Form Type Legend:

ADV	Advertising	**AEF**	Application/Enrollment Form
CER	Certificate	**CERA**	Certificate Amendment, Insert Page, Endorsement or Rider
DDP	Data/Declaration Pages	**FND**	Funding Agreement (Annuity, Individual and Group)
MTX	Matrix	**NOC**	Notice of Coverage
OTH	Other	**OUT**	Outline of Coverage
PJK	Policy Jacket	**POL**	Policy/Contract/Fraternal Certificate
POLA	Policy/Contract/Fraternal Certificate: Amendment, Insert Page, Endorsement or Rider	**SCH**	Schedule Pages

SOLICITUD DE
SEGURO COLECTIVO CONTRA ENFERMEDADES GRAVES
[SEGURO COLECTIVO CONTRA CÁNCER]

Evidencia de Asegurabilidad

Unum Life Insurance Company of America ("Unum")

2211 Congress Street • Portland, Maine 04122

Tipo de solicitud: ☐ Elegible nuevo ☐ Solicitante tardío ☐ Reemplazo de la cobertura actual de Unum ☐ Cambio a la cobertura actual ☐ Recontratación

SECCIÓN 1: Información del empleado (solicitante) - Llene siempre

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Número del Seguro Social
Dirección particular (Calle/Apartado de correos)		Sexo ☐ F ☐ M
Ciudad		Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Estado	Código postal	N.º de teléfono particular
Dirección de correo electrónico		Identificación del empleado/ N.º de nómina de pago
Nombre del empleador	Número del cliente	Fecha de contratación (mes/día/año)
Calle/Apartado de correos		Ocupación
Ciudad		
Estado	Código postal	N.º de teléfono del trabajo
¿Se encuentra laboralmente activo? ☐ Sí ☐ No		Cantidad de horas de trabajo programadas por semana

SECCIÓN 2: Información del/de la esposo(a) – Llene únicamente si solicita cobertura del/de la esposo(a)

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Número del Seguro Social
Sexo ☐ F ☐ M	¿El/la esposo(a) vive en los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "No", ¿es su esposo (a) un(a) ciudadano(a) de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

SECCIÓN 3: Información de cobertura - Llene para el empleado (solicitante) y esposo(a) (si corresponde)

	Empleado (solicitante)	Esposo (a)
1. ¿Ha utilizado usted o su esposo(a) (si solicita la cobertura) alguno de los productos de tabaco (tales como cigarrillos, cigarros, rapé, tabaco de mascar o pipa) o algún sistema de ingesta de nicotina en los últimos 12 meses?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
2. ¿Reemplazará o modificará la cobertura solicitada a alguna cobertura vigente de Unum ?..... Si la respuesta es "Sí", proporcione detalles a continuación:	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Nombre del asegurado	N.º de póliza

Nombre del empleado: _____ (solicitante)

Número del Seguro Social del empleado: _____ (solicitante)

SECCIÓN 3: Información de la cobertura (continuación)

3. Tipo de cobertura	Cantidad de cobertura	Costo por período de pago:
a. Seguro Colectivo contra Enfermedades Graves ☐ Enfermedad grave o ☐ Enfermedad grave, que incluye cáncer	Empleado $ _____ Esposo(a) $ _____	Empleado $ _____ Esposo(a) $ _____
[b. Seguro Colectivo contra Cáncer ☐ Empleado (únicamente) ☐ Empleado e hijos ☐ Empleado, esposo(a) e hijos		$ _____]
c. ☐ Beneficio de Bienestar de Salud		$ _____
Costo total por período de pago:		$ _____

SECCIÓN 4: Perfil médico de nivel I - Llene como se requiere para toda la cobertura suscrita

	Empleado (solicitante)	Esposo (a)
1. Estatura y peso actuales	___ pies ___ pulgadas ___ libras	___ pies ___ pulgadas ___ libras
2. ¿Ha tenido usted (el solicitante) o su esposo(a) (si solicita la cobertura) un resultado positivo en la prueba 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
3. En los últimos 10 años, ¿ha recibido usted o su esposo(a) (si solicita la cobertura) asesoramiento médico, solicitado tratamiento, lo que incluye medicamentos, o ha sido hospitalizado por alguno de los siguientes problemas? – Fibrilación auricular, angina de pecho, ataque cardíaco, arteriopatía coronaria, cirugía cardíaca, insuficiencia cardíaca congestiva o miocardiopatía – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfisema – Cirrosis hepática o hepatitis B y C – Diabetes (excepto la gestacional o la controlada por dieta) – Glaucoma, retinitis pigmentaria o degeneración macular – Hipertensión arterial tratada con 3 o más medicamentos – Enfermedad o insuficiencia renal (sin incluir cálculos renales) – Insuficiencia de órganos principales (hígado, corazón, pulmón o páncreas) – Derrame cerebral/accidente isquémico transitorio (AIT)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
4. Conteste la siguiente pregunta solamente si solicita la cobertura para cáncer: En los últimos 10 años, ¿usted o su esposo(a) (si solicita la cobertura) ha sido diagnosticado, recibido asesoramiento médico, solicitado tratamiento, lo que incluye medicamentos, o sido hospitalizado por cáncer o tumores malignos de cualquier tipo (incluidos carcinoma *in situ* y melanoma), excepto carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular?.....	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Nombre del empleado: _____ N.º del Seguro Social del empleado: _____
(solicitante) (solicitante)

SECCIÓN 5: Perfil médico de nivel II - Llene si necesita suscribir cobertura adicional

Empleado (solicitante)

1. A su leal saber y entender, ¿se les ha diagnosticado a dos de sus hermanos, hermanas o padres naturales la misma enfermedad entre las siguientes, antes de los 60 años?

   a. Enfermedad cardíaca o ataque cardíaco, derrame cerebral, enfermedad renal o diabetes..... ☐ Sí ☐ No

   b. Conteste la siguiente pregunta solamente si solicita la cobertura para cáncer:
      – Cáncer (excepto carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular)..... ☐ Sí ☐ No

2. ¿Ha recibido asesoramiento médico, solicitado tratamiento, lo que incluye medicamentos, o ha sido hospitalizado por alguno de los siguientes problemas?

   a. – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o enfermedad pulmonar crónica, cirrosis hepática o hepatitis B y C
      – Diabetes (excepto la gestacional)
      – Ataque cardíaco, arteriopatía coronaria, angina de pecho o cirugía cardíaca o de la(s) válvula(s) cardíaca(s)
      – Enfermedad o insuficiencia renal (sin incluir cálculos renales, riñón esponjoso, en herradura o ectópico y extracción de riñón por traumatismo)
      – Insuficiencia de órganos principales (hígado, corazón, pulmón o páncreas)-
      – Insuficiencia venosa periférica
      – Derrame cerebral/accidente isquémico transitorio (AIT)..... ☐ Sí ☐ No

   b. Conteste la siguiente pregunta solamente si solicita la cobertura para cáncer:
      – Cáncer (excepto carcinoma basocelular y carcinoma espinocelular)..... ☐ Sí ☐ No

Nombre del empleado: _____ (solicitante)

Número del Seguro Social del empleado: _____ (solicitante)

SECCIÓN 6: Declaraciones del empleado (solicitante)

Yo comprendo que la fecha de efectividad de la cobertura emitida en función de esta solicitud se encuentra sujeta a la aceptación de la misma, de acuerdo a las normas, los límites y los estándares de Unum Life Insurance Company of America (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 efectividad de la cobertura aprobada se determinará según se establece en el certificado de cobertura que me entregaron. Si pago parte del costo de mi cobertura o el total, la fecha de efectividad no será antes del primer día del mes en el cual comienza la deducción del cheque de pago.

Yo comprendo que toda persona que solicite la cobertura contra enfermedades específicas no debe estar cubierta bajo ninguno de los programas del título XIX (Medicaid, Medical o cualquier nombre similar).

Yo autorizo a mi empleador a deducir de mis ingresos las primas para este seguro (a menos que los pagos de la primas del seguro se puedan hacer de otra manera de acuerdo a los requisitos de la cobertura).

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

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 que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede estar sujeta a sanciones civiles o penales, según la ley estatal.

Firma del empleado (solicitante)	Fecha (mes/día/año)

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

Supporting Document Schedules

		Item Status:	Status Date:
Bypassed - Item:	Flesch Certification	Approved-Closed	01/30/2013
Bypass Reason:	N/A		

		Item Status:	Status Date:
Bypassed - Item:	Application	Approved-Closed	01/30/2013
Bypass Reason:	N/A		

		Item Status:	Status Date:
Satisfied - Item:	Translation Certification	Approved-Closed	01/30/2013
Comments:			
Attachment(s):			
Certification AR.pdf			

		Item Status:	Status Date:
Satisfied - Item:	English version of form AE-1087-AR	Approved-Closed	01/30/2013
Comments:			
Attachment(s):			
AE-1087-AR.pdf			

unum

CERTIFICATION

I, Zary Colón, an employee of Unum Group, do hereby certify the following document as a true and accurate translation from English into Spanish:

Form AE-1087-AR-SP

Unum Group affirms that Zary Colón is qualified to translate and review insurance related documents from English to Spanish.

Zary Colón

Zary Colón

Dated: 11/26/2012

Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.

APPLICATION FOR
GROUP CRITICAL ILLNESS INSURANCE
[GROUP CANCER INSURANCE]
Evidence of Insurability

Unum Life Insurance Company of America ("Unum")
2211 Congress Street • Portland, Maine 04122

Application Type: ☐ Newly Eligible ☐ Change to Existing Coverage ☐ Late Applicant ☐ Rehire ☐ Replace Existing Unum Coverage

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 #
[Email Address]		Employee ID/Payroll #
Employer Name	Customer Number	Date of Hire (mm/dd/yyyy)
St/PO Box		Occupation
City		
State	Zip Code	Work Phone #
Are you Actively at Work? ☐ Yes ☐ No		Scheduled Number of Work Hours/week

SECTION 2: Spouse Information – Complete Only if applying for Spouse Coverage

Name (First, Middle, Last)		Social Security Number
Gender ☐ F ☐ M	Does the Spouse live in the U.S.? ☐ Yes ☐ No If "No," is your Spouse a U.S. Citizen? ☐ Yes ☐ No	Date of Birth (mm/dd/yyyy)

SECTION 3: Coverage Information – Complete for Employee (Applicant) and for Spouse (if applicable)

	Employee (Applicant)	Spouse
1. Have you or your spouse (if applying) used any tobacco products (such as cigarettes, cigars, snuff, dip, chew or pipe) or any nicotine delivery system in the past 12 months?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
2. Will coverage applied for replace or modify any existing Unum insurance coverage?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

If "Yes," provide details below:

Insured's Name	Policy Number

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

SECTION 3: Coverage Information (continued)

3. Coverage Type	Coverage Amount	Cost Per Pay Period
a. Group Critical Illness Insurance ☐ Critical Illness or ☐ Critical Illness with Cancer	Employee $ _____ Spouse $ _____	Employee $ _____ Spouse $ _____
[b. Group Cancer Insurance ☐ Employee (only) ☐ Employee & Children ☐ Employee, Spouse & Children		$ _____]
c. ☐ Wellness Benefit		$ _____
Total Cost Per Pay Period		$ _____

SECTION 4: Tier I Medical Profile – Complete as required for all underwritten coverage

	Employee (Applicant)	Spouse
1. Current height and weight	___ ft. ___ in. _____ lbs.	___ ft. ___ in. _____ lbs.
2. Have you (applicant) or your spouse (if applying) 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
3. In the past 10 years, have you or your spouse (if applying) received medical advice, sought treatment, including medication, or been hospitalized for any of the following: – Atrial fibrillation, angina, heart attack, coronary artery disease, heart surgery, congestive heart failure or cardiomyopathy – Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) or emphysema – Cirrhosis of the liver or Hepatitis B or C – Diabetes (except gestational or diet controlled) – Glaucoma, retinitis pigmentosa or macular degeneration – High blood pressure treated with 3 or more medications – Kidney disease (excluding kidney stones) or failure – Major organ failure (liver, heart, lung or pancreas) – Stroke/Transient Ischemic Attack (TIA)	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
4. Respond only if applying for cancer coverage: In the past 10 years, have you or your spouse (if applying) been diagnosed, received medical advice, sought treatment, including medication, or been hospitalized for cancer or malignancy of any kind (including carcinoma in situ and melanoma), excluding basal and squamous cell carcinoma?.....	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

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

SECTION 5: Tier II Medical Profile – Complete if additional underwriting is required

Employee (Applicant)

1. To the best of your knowledge and belief, have any two of your natural parents or natural siblings (sisters or brothers) been diagnosed with the same disease before age 60 based on the following list:

   a. Heart attack or disease, stroke, kidney disease or diabetes..... ☐ Yes ☐ No

   b. Respond only if applying for cancer coverage:
      – Cancer (excluding basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma)..... ☐ Yes ☐ No

2. Have you ever received medical advice, sought treatment, including medication, or been hospitalized for any of the following:

   a. – Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), emphysema or chronic lung disease
      – Cirrhosis of the liver or Hepatitis B or C
      – Diabetes (except gestational)
      – Heart attack, coronary artery disease, angina, or surgery on the heart or heart valve(s)
      – Kidney disease or failure (excluding kidney stones, sponge, horseshoe or ectopic kidney and kidney removal due to trauma)
      – Major organ failure (liver, heart, lung or pancreas)
      – Peripheral vascular disease
      – Stroke/Transient Ischemic Attack (TIA)..... ☐ Yes ☐ No

   b. Respond only if applying for cancer coverage:
      – Cancer (excluding basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma)..... ☐ Yes ☐ No

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

SECTION 6: Employee (Applicant) Statements

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 Unum Life Insurance Company of America (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 determined as set forth in the certificate of coverage provided to me. If I pay part or all of the cost of my coverage, the effective date will not be earlier than the first of the month in which payroll deductions begin.

I understand that no person to be covered for specified disease is also covered by any Title XIX program (Medicaid, MediCal or any similar name).

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.

Employee (Applicant) Signature	Date (mm/dd/yyyy)

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