

Social Code: **Cortiz0216**

Estimado Sr. / Sra.:

Gracias por su interés en el programa **FLAG (Fondos para Vivir y Dar)** de Fifth Season.

En Fifth Season Financial, L.P. ("Fifth Season") quisiéramos tener la oportunidad de trabajar con usted para explorar, si un anticipo por nuestra parte, podría ser una buena opción para usted y su familia. Sabemos que muchas familias que están haciendo frente a una enfermedad, requieren de ayuda financiera adicional para poder mantener su calidad de vida y hacer frente a los costos médicos. Desde el 2007, Fifth Season ha anticipado más de \$75 millones de dólares a personas que están viviendo una etapa terminal de cáncer y otras enfermedades en fase avanzada.

Para comenzar con el proceso, le pedimos que llene los cuatro documentos siguientes, a la brevedad posible y nos los devuelva, para que podamos comenzar a evaluar si Fifth Season le puede ayudar:

1. Formulario de Solicitud
2. Autorización para la Divulgación de Información Protegida de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos)
3. Formulario de Información Médica
4. Formulario de Liberación para la Compañía del Seguro de Vida

Le aclaramos que, al llenar estos formularios, de ninguna forma usted queda obligado a trabajar con nosotros. Además, **no se requiere el pago de su bolsillo para cargos por solicitud o gastos para poder aplicar**. Todo nuestro proceso está diseñado para ser sencillo y sin complicaciones, ya que estos formularios nos permiten obtener toda la información y expedientes que necesitamos para evaluar si usted califica para el programa FLAG. Usted puede enviarnos estos formularios ya completos por email al solicitud@fifthseasonfinancial.com

Además, estamos incluyendo en estos documentos las páginas con nuestra 'Política de Confidencialidad y Privacidad' y las 'Respuestas a Preguntas Frecuentes', para que usted las conserve.

Si tiene cualquier pregunta relacionada con esta aplicación, por favor, siéntase en la libertad de entrar en contacto con nosotros llamando a la Dra. Carmen Delia Ortiz al 386-864-5600 o por correo electrónico al informacion@fifthseasonfinancial.com.

Saludos cordiales,

Dra. Carmen Delia Ortiz

Social Code: **Cortiz0216**

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA FLAG DE FIFTH SEASON		
Nombre de la Persona Asegurada que Vive con una Enfermedad ("Solicitante"):		
Fecha de Nacimiento:	SSN (Número de Seguro Social):	
Calle de la Dirección Residencial del Solicitante:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:	Mejor Hora para Llamar:
Email-Correo Electrónico:		
Nombre de la(s) persona(s) con la(s) que podemos discutir esta transacción:	Relación (Circule por favor) Cónyuge Hijo(a) Hermano(a) Otro (especifique):	Si está casado(s), Nombre del Cónyuge:
Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:	Mejor Hora para Llamar:
Email-Correo Electrónico:		
INFORMACIÓN MÉDICA		
Tipo de enfermedad:		
Fecha de Diagnóstico:	Indique la Etapa: (Si la conoce)	
Otras Condiciones Médicas:		
INFORMACIÓN DEL SEGURO DE VIDA		
Compañía de Seguros:		
No. de Póliza del Seguro de Vida:	¿Es una Póliza de Grupo? S/N (circule)	
Tipo de Póliza de Seguro de Vida (circule)	Plazos Integral Universal Otra	Fecha de Vigencia de la Póliza:
Importe de la Indemnización por Fallecimiento (Valor Nominal de la Póliza):		
Beneficiarios de la Póliza:		
Modo de Pago de Prima (circule)	Mensual Trimestral Anual	Monto de la Prima (\$):

SOLICITUD (CONT.)

Yo, el solicitante y propietario (si es diferente al Solicitante) de la Póliza reconozco y autorizo lo siguiente:

1. La información proporcionada en este formulario de solicitud es para ser enviada a Fifth Season para ayudarles en la evaluación de mi potencial de elegibilidad para usar mi Póliza como colateral para un anticipo de Fondos de Fifth Season ("Anticipo"). Declaro que toda la información proporcionada en esta solicitud es verídica y correcta.
2. Doy mi consentimiento y autorización a Fifth Season para que utilice esta información, y cualquier otra información que pueda proporcionar en otros formularios, incluyendo los formularios de liberación de información que se me puede pedir que llene y firme durante el proceso de evaluación y calificación, con respecto a mi póliza e historial médico.
3. Doy mi consentimiento y autorización de liberar a Fifth Season cualquier información que se puede obtener de terceras partes incluyendo la información de la póliza de seguro y la liberación de mis registros médicos por parte de mi(s) médico(s) y cualquier otro de mis proveedores de atención médica (incluidos los proveedores de farmacia).
4. Doy mi consentimiento y autorización a Fifth Season para llevar a cabo búsquedas en los registros públicos y búsquedas de antecedentes en relación a mí mismo, incluyendo la intención de actividad antifraude en seguros, y si es necesario o requerido por Fifth Season para efectuar, administrar o hacer cumplir la transacción contemplada en esta aplicación.
5. En lugar de utilizar mi Póliza para obtener un Anticipo, yo puedo tener otras opciones disponibles, incluyendo la opción de indemnizaciones aceleradas/indemnizaciones de vida y la venta directa de la Póliza. Entiendo que debo hablar con mi compañía de seguros, agente de seguros o planificador financiero con respecto a otras opciones disponibles para mí dentro de mi póliza.
6. Entiendo que Fifth Season no proporciona consejo legal, fiscal o financiero. Ya que la situación de cada persona es diferente, Fifth Season recomienda que hable con un consejero legal, fiscal y/o de planificación de patrimonio en relación a las ventajas de ingresar en un Anticipo y las consecuencias que dicho Anticipo debe tener en mí, en mi patrimonio y/o herederos, incluyendo las consecuencias fiscales potenciales de la condonación de la deuda, si la hubiera.
7. Uno de los criterios de elegibilidad para un Anticipo es que el Solicitante tenga un diagnóstico de una enfermedad en etapa avanzada y una póliza de seguros. He sido diagnosticado(a) como se indica anteriormente, teniendo una póliza de seguro de vida vigente y entiendo que no todas las personas que viven con una enfermedad en etapa avanzada o que todas las pólizas de seguro de vida pueden calificar para un anticipo.

HE LEÍDO Y ENTENDIDO:

Firma del Solicitante

FECHA

Firma del Propietario de la Póliza
(Si es diferente al del Solicitante)

FECHA

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA
DE SALUD**

EN CUMPLIMIENTO CON LA HIPAA

Yo, la persona abajo firmante, autorizo la divulgación de mi información protegida de salud ("PHI", por sus siglas en inglés), para incluir específicamente la liberación de información de mi salud mental, enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA), de medicamentos y/o alcohol, tal como se define en el marco del caso de regulaciones de privacidad promulgadas conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés), de la siguiente manera:

1. Clase de Personas Autorizadas para Divulgar mi Información Protegida de Salud ("PHI", por sus siglas en inglés). Autorizo a cada doctor, hospital, enfermera, farmacia, médico, grupo de práctica médica, laboratorio y otro tipo de proveedor de cuidados médicos ("HCP", por sus siglas en inglés) (Cada "HCP" debe ser certificado), o gerente de prestaciones en farmacias, organización de seguros o cualquier entidad cubierta que cuente con PHI sobre mí a divulgar en forma escrita, electrónica o verbal PHI como se prevé en esta autorización. Reconozco que toda mi PHI en posesión o control de cualquier HCP Autorizado es necesaria para el propósito para el cual esta autorización es dada y descrita a continuación. Autorizo a cada HCP Autorizado a depender de una copia fotostática o de facsímil u otro tipo de reproducción de esta autorización. Esta autorización permite la divulgación, inspección, discusión verbal, y copia de cualquier y todos los registros, informes y/o documentos, incluyendo los datos subyacentes, con respecto a mi cuidado y tratamiento y cualquier otra información en posesión de cualquier HCP Autorizado en relación con cualquier tratamiento incluyendo la realización de un tratamiento u hospitalización planificados, incluyendo pero no limitado a, todos los materiales de las pruebas realizadas por o administradas, junto con todas y cada una de las historias clínicas, notas clínicas o médicas, memorandos, informes médicos, informes de rayos X, fichas, notas del historial, imágenes, registros y cuentas médicas en posesión o bajo el control de cualquier HCP Autorizado.
2. Clase de Personas Autorizadas para Recibir mi Información Protegida de Salud ("PHI", por sus siglas en inglés). Autorizo a cada HCP Autorizado a divulgar y/o discutir mi PHI dada en esta autorización a (a) Fifth Season Financial LP y sus entidades afiliadas; (b) a cualquier evaluador de esperanza de vida; (c) cualquier entidad financiera, prestamista o asegurador de Fifth Season Financial LP y todas sus entidades afiliadas; (d) cualquier persona o entidad que busque comprar cualquier seguro de vida asegurando mi vida, o préstamo asegurado por dicha póliza; y (e) cualquier persona afiliada o entidad, asociado de negocios, agente, empleado, representante, consejero, sucesor o asignatario de cualquiera de las personas o entidades cubiertas en las cláusulas anteriores inmediatas (a) hasta (d) (cada uno, considerado "Receptor Autorizado"). Cada receptor autorizado que reciba mi PHI tendrá la autoridad para, a su vez, compartir y utilizar mi PHI como si hubiera sido recibida directamente de mí.

3. Descripción de la Información Protegida de Salud Autorizada para Divulgar y el Propósito de la Divulgación. La autorización deberá aplicar a todos y cada uno de mis datos médicos, información y registros, ya sean o no identificables personal o individualmente o protegidos bajo alguna ley o norma de confidencialidad o privacidad federal o estatal. El propósito de esta autorización y todas las divulgaciones de mi PHI aquí estipuladas son para permitir al Receptor Autorizado (a) analizar, valorar, evaluar, asegurar mi salud o condición médica, mi esperanza de vida, en conexión con cualquier póliza de seguro de vida, o certificado de seguro de vida, bajo el cual mi vida está asegurada, o cualquier reventa, asignación u otra transferencia de dicha póliza de seguro de vida; (b) negociar e ingresar en acuerdos financieros relevantes o relacionados y/o desarrollar y usar los índices relacionados a la longevidad actual y anticipada, mortalidad, esperanza de vida y/o arreglos similares; (c) mantener, gestionar y posiblemente vender, transferir o asignar cualquier arreglo financiero relevante; (d) para monitorear, llevar el registro o verificar mi salud o estado y condición médica en conexión con cualquier póliza de seguro de vida bajo el cual mi vida está asegurada; y (e) para cumplir con cualquier proceso legal o regulatorio.
4. Vencimiento de la Autorización. Esta autorización permanecerá continuamente vigente hasta, o vencerá en, la fecha posterior a un (1) año después de la fecha de mi muerte, a menos que dicha fecha de vencimiento temprano sea requerida por una ley estatal aplicable.
5. Derecho de Revocación de la Autorización. Reconozco y entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento en relación a Fifth Season Financial L.P., y sus entidades afiliadas al notificar a Fifth Season Financial L.P. por escrito mi revocación de esta autorización y entregando mi revocación por correo o de forma personal en dicha dirección designada a mí por Fifth Season Financial L.P., previendo que cualquier revocación de esta autorización no aplicará en la medida en que Fifth Season Financial L.P. y sus entidades afiliadas hayan implementado alguna acción basándose en esta autorización antes de recibir la notificación por escrito de mi revocación.
6. Incapacidad para Condicionar el Tratamiento, Pago, Inscripción o Elegibilidad para Beneficios en Provisión de la Autorización. Entiendo que ningún HCP autorizado u otra entidad cubierta puede condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para indemnizaciones dependiendo de si firmo esta autorización.
7. Sólo para Residentes de California: Información sobre Salud Mental. La PHI que puede ser divulgada en relación con esta Autorización incluye registros de información obtenida por un HCP Autorizado en el curso de la prestación de servicios de salud mental o desarrollo de discapacidades a pacientes internos o externos en algún establecimiento institucional o clínica de salud mental de la comunidad. Tales registros pueden ser divulgados sin tener en cuenta si el tratamiento descrito en este párrafo fue concedido en una base voluntaria o involuntaria.

Social Code: **Cortiz0216**

8. Autorización no Solicitada por el Proveedor, Centro de Información o Plan de Atención Médica. Entiendo que esta autorización es a petición mía y no un consentimiento de autorización solicitada por un Proveedor, Centro de Información o Plan de Atención Médica cubierto por normas de privacidad promulgadas en relación con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (Normas de Privacidad de "HIPAA")
9. Potencial para Re-divulgación. Entiendo, además que como resultado de esta autorización existe el potencial de que mi PHI que está siendo divulgada por cualquier HCP Autorizado a un Receptor Autorizado está sujeto a la re-divulgación por parte el Receptor Autorizado y que mi PHI que es divulgada a dicho Receptor Autorizado ya que no está siendo protegida por las Normas de Privacidad de HIPAA.
10. Certificación. Certifico que estoy ejecutando y entregando esta autorización de forma libre y unilateral en la fecha escrita posteriormente y que toda la información contenida en esta autorización es verídica y correcta. Además certifico que esta autorización está escrita en un lenguaje sencillo y que he recibido y conservado una copia de esta autorización firmada para referencia futura.

FIRMADA POR:

Fecha

NOMBRE ESCRITO:

Fecha de nacimiento

FIRMADA POR: TESTIGO

Fecha

Social Code: **Cortiz0216**

INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor, proporcione una lista de **todos los doctores y hospitales/instalaciones de tratamiento** en donde usted (el asegurado por la póliza) ha sido tratado desde que se diagnosticó su enfermedad primaria o secundaria (los últimos 5 años)

Nombre del Solicitante: _____ Fecha: _____

Médico de Cabecera (PCP¹): _____

Nombre de las instalaciones: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha de última visita: _____

Oncólogo de cabecera
u otro especialista
de enfermedad específica: _____

Nombre de las instalaciones: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha de última visita: _____

Nombre del Médico: _____

Especialidad del Médico: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha de última visita: _____

Nombre del Médico: _____

Especialidad del Médico: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha de última visita: _____

AÑADA PÁGINAS ADICIONALES SI LO REQUIERE

¹ PCP, por las siglas en inglés de Médico de Cabecera (Primary Care Physician)

FORMULARIO DE LIBERACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DEL SEGURO DE VIDA

Para: _____ Nombre de la Compañía del Seguro de Vida

Número de Póliza: _____ (la "Póliza")

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del Propietario de la Póliza: _____

Asunto: Autorización para liberar la información de la póliza

El que suscribe, como propietario de la Póliza identificado anteriormente, certifica, con la intención de que este aviso pueda ser invocado por los administradores de la compañía de seguros o plan de seguros que están obligados a pagar o facilitar el pago de la indemnización por fallecimiento relacionada con la muerte del asegurado relacionado bajo los términos de dicha póliza (o los sucesores de dicha obligación) y cualquier otra persona o entidad a la que se dará sin mayor indagación, que:

- 1) Fifth Season Finacial, L.P., y/o sus empleados, representantes y apoderados autorizados tienen total autorización del que suscribe para corresponder y comunicarse con terceras partes, incluyendo la compañía aseguradora y/o administradores del plan de grupo en relación con la póliza en todos los aspectos y para obtener cualquier información incluyendo, pero no limitado a, hoja de datos vigentes de la póliza o "inforce illustration", verificación de la vigencia de la póliza, verificación de cobertura, estados de cuenta anuales relacionados con la póliza, información de endosos, renuncia del estado de la prima y tener acceso via el Internet a la información proporcionada en la póliza, si es que está disponible.
- 2) No hay nada en este documento que le de a Fifth Season Finacial, L.P., y/o sus empleados, representantes y apoderados autorizados el derecho de firmar documentos en nombre del que suscribe o del propietario de la póliza, y
- 3) Una copia de esta autorización puede ser utilizada por la compañía aseguradora o administradores del plan de grupo para todos los efectos.

Fechado este _____ día del mes de _____ en el año _____.

Por: _____ Firma del Propietario de la Póliza.

DOCUMENTOS QUE PUEDEN ACELERAR EL PROCESO:

Estos deben ser enviados a nosotros en forma independiente de la solicitud y pueden ayudar a acelerar el proceso de verificación del Seguro de Vida.

- Copia de la Póliza y/o Certificado de la Póliza*
**Si está perdida o extraviada se recomienda que solicite una copia a la Compañía Aseguradora de modo que usted entienda las indemnizaciones de la póliza, opciones y limitaciones*
- Certificado de la Póliza (Si es una Póliza de Grupo)
- Estados de cuenta anuales (los más recientes y cualquier otros que tenga disponibles)
- Estados de Cuenta Mensuales de la Prima
- Talón de pago que muestre las deducciones por nómina de las Prestaciones del Seguro de Vida (Si es una Póliza de Grupo)
- Resumen de Prestaciones del Empleado (Si es una Póliza de Grupo y aplicable)

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PÓLIZA DE GRUPO

(Sólo aplicable a las Pólizas de Grupo de Seguro de Vida)

La siguiente información no se requiere por adelantado y se puede enviar de forma independiente a la aplicación .

Algunas Compañías de Seguros de Vida nos instruyen para coordinarnos solamente con el Administrador de Beneficios Externo del empleador o con el Departamento de Beneficios del Empleado, mientras que con otras compañías nos dirigimos en forma directa. El proporcionar la siguiente información nos ayudará a encontrar un punto de contacto válido para reunir la información de la póliza.

Empleador (Nombre de la Empresa):	
Dirección de la Oficina Central:	
Número telefónico del Departamento de Recursos Humanos o de Beneficios a Empleados:	
Nombre del contacto en el Departamento (si está disponible):	
Administrador de Beneficios Externo (Si aplica):	
Número telefónico del Administrador de Beneficios Externo:	

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Fifth Season Financial LP, a la que se refiere como la “Empresa” es un negocio que necesariamente adquiere y mantiene información personal no pública (incluyendo, pero sin limitarse a, información personal y médica altamente sensible) acerca de nuestros solicitantes potenciales, solicitantes y clientes actuales. A pesar de que la empresa no es una entidad regida para efectos de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de 1996 (“HIPAA”, por sus siglas en inglés) y las normas de Privacidad Promulgadas, la Empresa obtiene, usa y divulga Información Protegida de Salud (“PHI”, por sus siglas en inglés) e Información Financiera Personal (“PFI”, por sus siglas en inglés) para poder llevar a cabo negocios y por tanto ha implementado esta Política de Privacidad (“Política”) para salvaguardar la PHI y PFI. Se espera que todos los empleados se adhieran a esta Política interna. Esta información es recopilada de las siguientes fuentes:

- Solicitudes u otros formularios llenados por un cliente;
- Información que el consumidor autoriza a la Empresa a recibir de proveedores médicos, compañías aseguradoras, y/o otras terceras partes autorizadas; y
- Otra información proporcionada por un consumidor (en forma escrita o verbal)

La información referenciada anteriormente es recopilada con el propósito de evaluar si se le extiende un préstamo de consumo y para administrar tal préstamo, si es que se extiende. La Empresa está dedicada a mantener la privacidad de nuestros consumidores mientras que su información personal no pública se encuentra en nuestras manos. Nuestros empleados y contratistas tienen permitido utilizar nuestra información personal no pública de los consumidores solamente para los propósitos aprobados de la empresa. Se les solicita a los empleados y contratistas llevar a cabo un acuerdo de confidencialidad que protege la información personal no pública de los consumidores, como condición necesaria de su empleo o compromiso con la Empresa.

Utilizaremos la información personal no pública de los consumidores conforme se necesite para llevar a cabo las tareas de la empresa solicitadas por tal consumidor y no compartiremos la información personal no pública de los consumidores (o de ex consumidores) con ninguna tercera parte que actuara a título no representativo, excepto como se requiere o permita por ley, autorizado en forma escrita por el consumidor, o en el caso de que el préstamo se venda a una tercera parte. Específicamente, la información puede ser divulgada a los afiliados de la Empresa, proveedores de servicio externos como sea necesario para llevar a cabo, administrar o aplicar una transacción que solicita o autoriza un consumidor o a un nuevo propietario. Sin embargo, requerimos que ese dicho afiliado, proveedor de servicio externo o nuevo propietario acuerde salvaguardar la información, manteniendo su confidencialidad, usar la información sólo para la finalidad prevista y cumplir con la legislación aplicable.

Empleamos y mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimientos que cumplen con las normas federales para proteger la información personal no pública de nuestros consumidores y restringir su divulgación a aquellos en la Empresa, sus contratistas, afiliados o proveedores de servicio externos que necesitan conocer dicha información para poder proporcionar los productos y servicios que el consumidor requiere.

Social Code: **Cortiz0216**

Se solicita que los empleados y contratistas cumplan con todas las políticas y procedimientos de la Empresa relacionados con el uso, salvaguarda, retención y destrucción de la información personal no pública del consumidor, ya sea en forma de copia impresa o papel y en forma electrónica incluyendo imágenes electrónicas.

La Empresa se deshará de los registros que contienen información personal no pública al modificar la información para hacerla ilegible o indescifrable. Podemos hacer ilegible o indescifrable la información personal no pública al borrar, triturar o por otros medios. También podemos deshacernos de información personal no pública al contratar un proveedor externo que se dedica al negocio de destrucción de registros (de la misma forma descrita anteriormente) que contienen información personal no pública.

Estamos comprometidos a proteger la información personal no pública de nuestros consumidores en cada transacción, en todos los niveles de nuestra organización. La Empresa, sus empleados, contratistas, afiliados y proveedores de servicio externo, mantendrá tanto la información de los consumidores y de la empresa en un entorno seguro, privado y de confidencialidad, y se esforzará en proteger dicha información en contra de un uso inadecuado o distribución.

SECCIÓN DE PREGUNTAS FRECUENTES DE FLAG

Combatir una enfermedad seria representa complicaciones más que suficientes en su vida. Es por eso que estamos comprometidos a mantener cada aspecto del programa FLAG tan sencillo y directo como sea posible. Queremos que usted vea que no hay costos ocultos, requisitos o estipulaciones que condicionen la recepción de ayuda financiera. Entre más conozca cómo funciona FLAG, usted y su familia podrán tomar mejores decisiones financieras oportunas e informadas. A continuación encontrará las respuestas a las preguntas más frecuentes que recibimos... pero si tiene preguntas propias, no dude en llamar a la Dra. Carmen Delia Ortiz al 386-864-5600, o puede enviarnos un mensaje por correo electrónico a informacion@fifthseasonfinanciam.com. ¡Esperamos poder ayudarle!

EL PROGRAMA FLAG

Pregunta: ¿Cómo funciona el programa FLAG (Fondos para Vivir y Dar)?

Respuesta: Fifth Season es pionero en una innovadora solución financiera para personas con enfermedades en etapa avanzada, utilizando un bien que muchas personas poseen pero que no se han dado cuenta que pueden utilizar para obtener efectivo: su póliza de seguro de vida. Fifth Season revisará su póliza de seguro de vida existente y determinará si puede utilizarse como colateral para un anticipo. Concurrentemente, nuestros oncólogos y médicos consultores revisarán confidencialmente sus registros médicos para evaluar su estado médico. Si califica, Fifth Season le ofrecerá fondos inmediatos, y se hará cargo de los pagos de la prima de su póliza. Le enviaremos un desglose detallado sobre cómo se repaga este anticipo en última instancia, lo cual no necesita ocurrir en el transcurso de su vida.

Pregunta: ¿Cómo se determina el importe del anticipo FLAG?

Respuesta: El importe del anticipo se basa en varios factores, incluyendo:

- La expectativa de vida proyectada del asegurado
- La indemnización neta por fallecimiento de la póliza de seguros
- El importe proyectado de los pagos de primas restantes de la póliza del seguro de vida
- El tipo de póliza y la compañía específica del seguro de vida

Una vez que Fifth Season considera todos los factores, el anticipo que usted puede recibir es generalmente del 35% al 70% de la indemnización neta por fallecimiento de su póliza.

Pregunta: ¿Existen restricciones sobre cómo puedo utilizar los recursos de mi anticipo?

Respuesta: No – no hay restricciones acerca de cómo puede utilizar los fondos que se le anticipan. El dinero es suyo para que lo utilice como desee.

Pregunta: ¿Cómo pagaré el Anticipo FLAG?

Social Code: **Cortiz0216**

Respuesta: Todos los anticipos, intereses, gastos de apertura y pagos de prima son repagados a Fifth Season de la indemnización neta por fallecimiento de la póliza de seguro de vida. A final de cuentas, todos los fondos excedentes se pagarán a sus beneficiarios designados.

Pregunta: ¿Cuánto tiempo se lleva el proceso FLAG?

Respuesta: Hay muchas etapas del proceso. Generalmente, Fifth Season le puede proporcionar una carta formal de oferta dentro de los tres días siguientes a la recepción completa del conjunto de registros médicos y de la verificación de elegibilidad de su póliza de seguro de vida (nota: nuestro equipo interno puede apoyarlo con éste proceso, con su aprobación). Una vez que usted acepta la oferta, necesitaremos cambiar la propiedad de la póliza de seguro de vida y el estado beneficiario a Fifth Season (o en algunos casos, asignar colateralmente la póliza a Fifth Season). Esta parte del proceso se puede llevar hasta cuatro semanas. Una vez que se recibe la confirmación de la compañía del seguro de vida, podemos anticipar los fondos dentro de las siguientes 48 horas.

Pregunta: ¿Cómo recibiré mi anticipo FLAG??

Respuesta: Una vez aprobado y procesado, recibirá su anticipo en un solo pago por cheque o transferencia bancaria directamente a su cuenta bancaria.

Pregunta: ¿Quién paga las primas de la póliza mi seguro de vida?

Respuesta: Fifth Season es responsable de pagar todas las primas restantes de la póliza de seguro de vida. Las primas pagadas por Fifth Season serán añadidas al saldo principal del anticipo. En algunos casos, los términos de la póliza de seguro de vida no permiten que Fifth Season pague las primas directamente, en cuyo caso Fifth Season reembolsará el importe de las primas pagadas por el asegurado.

Pregunta: ¿Hay cargos asociados con el anticipo FLAG?

Respuesta: Con el programa FLAG no hay cargos por solicitud o gastos que salgan de su bolsillo. Si acepta la propuesta FLAG, se añadirá a su saldo un cargo de gestión como se especifica en el documento de la propuesta FLAG. Este cargo puede variar con base a su estado de residencia y otros factores, pero generalmente es del 3% del valor nominal. Hay una tasa de interés del 17% compuesto diariamente, pero (al igual que el cargo por gestión), puede variar con base a normas estatales. Junto con los pagos de primas, el cargo por gestión y los intereses son repagados enteramente de la indemnización neta por fallecimiento del seguro de vida, de modo que no hay costos que salgan del bolsillo del asegurado.

Pregunta: ¿Deberé pagar impuestos por el anticipo?

Respuesta: Por lo general los fondos anticipados del programa FLAG son libres de impuestos. Sin embargo cada situación individual es única y Fifth Season no proporciona consejo fiscal, legal o financiero, le recomendamos que hable con su asesor legal, fiscal o de planificación de patrimonio.

Pregunta: ¿Qué sucede con monto de mi póliza de seguro de vida?

Social Code: **Cortiz0216**

Respuesta: Para que Fifth Season pueda simplificar el pago de las primas de su póliza y el mantenimiento de su póliza de seguro de vida, la póliza se transfiere o se asigna colateralmente a Fifth Season. Cuando la Póliza de seguro de vida vence, la compañía de seguros pagará a Fifth Season (en la mayoría de los casos) la indemnización neta por fallecimiento. Entonces Fifth Season utilizará esos fondos para repagar el saldo pendiente y devolverá cualquier excedente a sus beneficiarios designados. Si el importe adeudado excede el saldo pendiente, ni usted ni su familia son responsables de repagar cualquier déficit sobre el anticipo.

Pregunta: ¿Puedo elegir devolver mi anticipo en forma temprana?

Respuesta: Sí. Si su situación financiera cambia usted puede elegir devolver su anticipo (y costos incurridos durante el periodo como primas y cuotas de gestión) en cualquier momento sin sanciones por pago anticipado para conservar completa su indemnización neta por fallecimiento.

CALIFICACIÓN

Pregunta: ¿Califico para el programa FLAG?

Respuesta: Una vez que se envía una solicitud, consideramos varios factores diferentes para determinar si usted califica, pero hay tres requisitos básicos que debe tener:

1. Usted ha sido diagnosticado con una enfermedad que amenaza su vida o en fase avanzada, tal como cáncer en Fase III o IV (generalmente con metástasis distante).
2. Usted posee una póliza de seguro de vida de al menos \$50,000 dólares emitida por una compañía de seguros de vida con sede en Estados Unidos de America.
3. Usted es residente permanente de Estados Unidos de America.

Pregunta: ¿Qué tipo de pólizas de seguro de vida acepta Fifth Season?

Respuesta: Podemos aceptar pólizas de seguro de vida a plazos o integrales individuales, de grupo o proporcionados por el empleador, y no se requiere ningún valor de rescate en efectivo. Hay varios requisitos de elegibilidad, incluyendo:

- Su póliza de seguro de vida debe haber sido emitida por una compañía de seguros de vida con sede en Estados Unidos de America
- Su póliza debe ser transferible o asignada colateralmente a Fifth Season
- Su póliza debe haber sido emitida al menos hace dos años
- Usted debe tener una o más pólizas de seguro de vida con una indemnización total por fallecimiento de al menos \$50,000 dólares

Pregunta: ¿Puedo calificar si estoy desempleado o no tengo una buena calificación crediticia?

Respuesta: Su calificación crediticia, su habilidad de repago y su situación laboral no

Social Code: **Cortiz0216**

son factores que consideramos. Los principales factores a considerar son su historia clínica, y los detalles de la póliza de seguro de vida.

Pregunta: ¿Qué pasa si mi condición médica cambia?

Respuesta: Si usted se enfrenta a un avance más rápido de su enfermedad, puede ser posible que se incremente el importe de su anticipo mediante la reevaluación. Si su condición médica se mejora o estabiliza inesperadamente sus obligaciones con Fifth Season no cambian.

PRIVACIDAD

Pregunta: ¿Quién tendrá acceso a mi información médica?

Respuesta: Toda la información relacionada con su condición médica permanecerá en estricta confidencialidad. El acceso a su información médica está controlada estrictamente y limitada a los empleados de Fifth Season, oncólogos y médicos consultores, otros asesores de Fifth Season que están sujetos a obligaciones de confidencialidad, y a todas las otras personas especificadas en el Acuerdo de Confidencialidad. **Fifth Season cumple totalmente con las normas y estándares de la HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos) y está comprometida a proteger su privacidad.**