

Formulario de inscripción de empleados



para la Cobertura voluntaria

- ☐ Seguro voluntario de Discapacidad a corto plazo – complete las secciones 1 y 7 (si se inscribe de manera tardía, complete también las secciones 5 y 6)
- ☐ Seguro de vida a término fijo voluntario – complete las secciones 1, 2, 4, 5, 6 y 7
- ☐ Seguro voluntario por muerte accidental y desmembramiento – complete las secciones 1, 2, 3 y 7
- ☐ Seguro voluntario de Discapacidad a largo plazo – complete las secciones 1 y 7 (si se inscribe de manera tardía, complete también las secciones 5 y 6)

Sección 1 – Información del empleado (complete siempre esta sección y firme y coloque la fecha en la Sección 7)

Primer nombre	MI	Empleado por
Apellido	Sufijo	Ocupación/nombre del puesto
Dirección de residencia		() - / / Número de teléfono laboral Fecha de contratación
Ciudad		\$ Salario por hora Horas trabajadas semanalmente
Estado Código postal +4		Razón para el cambio en el empleo:
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ / Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial a tiempo completo
- - Número de seguro social	Altura Peso	<input type="checkbox"/> Temporal a permanente
Nombre del médico		<input type="checkbox"/> Recontratación/retiro
Dirección del médico		<input type="checkbox"/> Otro (especificar)
Ciudad		/ / Fecha de cambio de empleo
Estado Código postal +4		¿Trabaja de forma activa y realiza todas sus funciones laborales?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 2 – El beneficiario del empleado

El **beneficiario principal** recibe los beneficios en caso de que usted fallezca. Al nombrar a dos o más beneficiarios, los beneficios se pagarán en partes iguales a menos de que se especifique lo contrario. Si se nombra a un menor de edad, los beneficios se pagarán a un tutor designado por el sistema judicial para el menor. Si el espacio es insuficiente para nombrar a sus beneficiarios, adjunte por separado una lista firmada y fechada en la que proporcione la información completa.

Nombre del beneficiario principal	MI	Nombre del beneficiario principal	MI
Beneficiario principal Apellido	Sufijo	Beneficiario principal Apellido	Sufijo
Dirección de residencia del beneficiario principal		Dirección de residencia del beneficiario principal	
Ciudad		Ciudad	
Estado Código postal +4		Estado Código postal +4	
Relación	/ / Fecha de nacimiento	Relación	/ / Fecha de nacimiento

Continúe en la página siguiente.

Sección 2 – El beneficiario del empleado (continuación)

El **beneficiario contingente** recibirá los beneficios por muerte solo si el beneficiario principal fallece.

Nombre del beneficiario contingente	MI	Nombre del beneficiario contingente	MI		
Beneficiario contingente Apellido	Sufijo	Beneficiario contingente Apellido	Sufijo		
Dirección de residencia del beneficiario contingente		Dirección de residencia del beneficiario contingente			
Ciudad		Ciudad			
Estado	Código postal	+4	Estado	Código postal	+4
Relación	Fecha de nacimiento	Relación	Fecha de nacimiento		

Sección 3 – Seguro voluntario por muerte accidental y desmembramiento

\$	\$	NOTA: El empleado será el beneficiario de un cónyuge y/o beneficio de hijo(s) derechohabiente(s), a menos que se indique lo contrario por escrito.
Monto de la suma principal	Prima mensual	
<input type="checkbox"/> Plan del empleado	<input type="checkbox"/> Plan familiar	

Sección 4 – Seguro de vida a término fijo voluntario

Si se inscribe, usted y su cónyuge deben completar las secciones correspondientes, responder la pregunta médica en las Secciones 5 y 6, y luego firmar y colocar la fecha en la Sección 7.

Empleado o Cónyuge: La cobertura mínima es de \$10,000. Los montos de cobertura sobre el mínimo se pueden seleccionar en incrementos de \$1,000 hasta el monto de beneficio grupal máximo.

¿Cuál es el monto de cobertura del Seguro de vida a término voluntario que se solicita?

\$	\$
Cobertura del empleado	Cobertura del cónyuge

Hijo derechohabiente: Con la aprobación de al menos \$10,000 de cobertura para usted y su cónyuge, es posible solicitar esta cobertura. Todos los hijos derechohabientes no casados elegibles desde los seis meses hasta los 23 años recibirán el monto de beneficio seleccionado debajo; y desde los 15 días hasta los seis meses recibirán 10% del beneficio seleccionado. Seleccione solo un monto para todos los hijos en la familia.

☐ \$2,500 ☐ \$5,000 ☐ \$7,500 ☐ \$10,000

Continúe en la página siguiente.

Sección 4 – Seguro de vida a término fijo voluntario (continuación)

Si se solicita cobertura para el cónyuge, se debe completar esta sección junto con las Secciones 5 y 6, y su cónyuge debe firmar y colocar la fecha en la Sección 7.

Nombre del cónyuge	MI	Empleador del cónyuge
Cónyuge Apellido	Sufijo	Nombre del médico del cónyuge
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Dirección del médico del cónyuge
Número de seguro social	Altura	Peso
	Ciudad	
	Estado	Código postal +4

El **beneficiario principal del cónyuge** recibe el beneficio por muerte del cónyuge. Al nombrar a dos o más beneficiarios, los beneficios se pagarán en partes iguales a menos de que se especifique lo contrario. Si se nombra a un menor de edad, los beneficios se pagarán a un tutor designado por el sistema judicial para el menor. Si el espacio es insuficiente para nombrar a sus beneficiarios, adjunte por separado una lista firmada y fechada en la que proporcione la información completa.

Nombre del beneficiario principal	MI	Nombre del beneficiario principal	MI		
Beneficiario principal Apellido	Sufijo	Beneficiario principal Apellido	Sufijo		
Dirección de residencia del beneficiario principal		Dirección de residencia del beneficiario principal			
Ciudad		Ciudad			
Estado	Código postal	+4	Estado	Código postal	+4
Relación	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Relación	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento		

El **beneficiario contingente del cónyuge** recibirá los beneficios por muerte solo si el beneficiario principal fallece.

Nombre del beneficiario contingente	MI	Nombre del beneficiario contingente	MI		
Beneficiario contingente Apellido	Sufijo	Beneficiario contingente Apellido	Sufijo		
Dirección de residencia del beneficiario contingente		Dirección de residencia del beneficiario contingente			
Ciudad		Ciudad			
Estado	Código postal	+4	Estado	Código postal	+4
Relación	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Relación	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento		

Continúe en la página siguiente.

Sección 4 – Seguro de vida a término fijo voluntario (continuación)

Si solicita cobertura para un hijo derechohabiente, se debe completar esta sección (si el hijo se inscribe tardíamente, también se deben completar las Secciones 5 y 6). Cualquier hijo derechohabiente de 18 años o más debe firmar y colocar la fecha en la Sección 7.

Nombre del médico del (de los) hijo(s)

Dirección del médico del (de los) hijo(s)

Ciudad

Estado Código postal +4

Si se inscribe más de un hijo y el médico indicado arriba no es su proveedor de atención, adjunte una lista separada firmada y fechada en la que se proporcione la información completa.

El beneficiario del hijo derechohabiente será el asegurado a través de quien el hijo tenga la cobertura de Seguro de vida a término fijo voluntario

Primer nombre del hijo

MI

Apellido del hijo

Sufijo

Relación con el empleado

Género ☐ Masculino ☐ Femenino

____/____/____

Fecha de nacimiento

Altura

Peso

Primer nombre del hijo

MI

Apellido del hijo

Sufijo

Relación con el empleado

Género ☐ Masculino ☐ Femenino

____/____/____

Fecha de nacimiento

Altura

Peso

Primer nombre del hijo

MI

Apellido del hijo

Sufijo

Primer nombre del hijo

MI

Apellido del hijo

Sufijo

Relación con el empleado

Género ☐ Masculino ☐ Femenino

____/____/____

Fecha de nacimiento

Relación con el empleado

Género ☐ Masculino ☐ Femenino

____/____/____

Fecha de nacimiento

Altura

Peso

Altura

Peso

Página 4

Continúe en la página siguiente.

Sección 5 – Historia médica

Responda todas las preguntas médicas a continuación ya que aplicarán a cualquier persona elegible que solicite cobertura.

¿Alguna de estas personas ha sido diagnosticada, ha recibido tratamiento para o ha tenido alguna de las siguientes afecciones? Brinde detalles para las respuestas “Sí” en la Sección 6.

	Empleado	Cónyuge	Hijos
1. ¿Trastornos cardíacos o de las arterias; soplo cardíaco o ataque cardíaco; tuberculosis; trastornos del hígado, el estómago o los intestinos; trastornos renales; asma, trastornos de los pulmones o respiratorios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Presión arterial alta? Si la respuesta es sí, proporcione las dos últimas mediciones y las fechas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Diabetes, albúmina, sangre o azúcar en la orina? Si es diabético, mencione la edad de inicio y cómo se controló.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Cáncer, leucemia, tumor maligno o cualquier otra forma de tumor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Epilepsia o cualquier trastorno mental o del sistema nervioso, alcoholismo, abuso de drogas o sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Cualquier trastorno del sistema inmunológico, incluyendo SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), CRS (Complejo relacionado con el SIDA) o infección por VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Trastorno o enfermedad de la espalda, columna vertebral o los huesos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Usted o cualquier persona que solicita la cobertura ha sido examinado por cualquier tipo de médico o profesional de la atención médica (o de salud mental) por cualquier motivo o afección diferente a los mencionados en las preguntas 1 a 7 en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Alguna de las solicitantes está embarazada actualmente? Si la respuesta es Sí, proporcione la fecha prevista de parto.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Alguno de los solicitantes está actualmente bajo observación o está recibiendo tratamiento médico? ¿Toma medicamentos actualmente? Si la respuesta es Sí, proporcione el nombre de la afección, nombre del medicamento, dosis y frecuencia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Alguna vez ha sido calificado, rechazado, pospuesto o limitado de cualquier manera para recibir un seguro de vida, de discapacidad, de salud o de accidentes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Continúe en la página siguiente.

Sección 6 – Detalles médicos

Para cualquier respuesta que sea “Sí” a las preguntas de la Sección 5, explique las afecciones en detalle a continuación. Si esta sección queda incompleta, el formulario será devuelto, lo que causará un retraso en su procesamiento. Si requiere espacio adicional para completar las respuestas, adjunte por separado una hoja firmada y fechada en la que proporcione todos los detalles.

Pregunta N.º	Nombre del inscrito	Nombre del médico/proveedor que trata
Naturaleza de la afección		Dirección del médico/proveedor
Medicamento prescrito (Nombre, Dosis y frecuencia)		Ciudad
____/____/____ Fecha de diagnóstico	____/____/____ Fecha de la última consulta por esta afección	Estado Código postal +4
Grado de recuperación		

Pregunta N.º	Nombre del inscrito	Nombre del médico/proveedor que trata
Naturaleza de la afección		Dirección del médico/proveedor
Medicamento prescrito (Nombre, Dosis y frecuencia)		Ciudad
____/____/____ Fecha de diagnóstico	____/____/____ Fecha de la última consulta por esta afección	Estado Código postal +4
Grado de recuperación		

Pregunta N.º	Nombre del inscrito	Nombre del médico/proveedor que trata
Naturaleza de la afección		Dirección del médico/proveedor
Medicamento prescrito (Nombre, Dosis y frecuencia)		Ciudad
____/____/____ Fecha de diagnóstico	____/____/____ Fecha de la última consulta por esta afección	Estado Código postal +4
Grado de recuperación		

Pregunta N.º	Nombre del inscrito	Nombre del médico/proveedor que trata
Naturaleza de la afección		Dirección del médico/proveedor
Medicamento prescrito (Nombre, Dosis y frecuencia)		Ciudad
____/____/____ Fecha de diagnóstico	____/____/____ Fecha de la última consulta por esta afección	Estado Código postal +4
Grado de recuperación		

Continúe en la página siguiente.

Sección 7 – Autorización

El seguro solicitado no entrará en vigencia hasta que sea aprobado por Advance Insurance Company of Kansas (AICK).

Comprendo que mi cónyuge y yo debemos firmar ambos esta sección si estoy solicitando cobertura para mi cónyuge; y que mis derechohabientes mayores de 18 años también deben firmar esta sección, si estoy solicitando cobertura para ellos. La(s) firma(s) garantiza(n) que las fechas de nacimiento, estaturas y pesos son correctos, que las respuestas a las preguntas y cualquier declaración aquí contenida son verdaderas y están completas y que, en cada ocasión en que se responda "sí" a una de las preguntas de la Sección 5, estas son completamente explicadas en la Sección 6.

Mi firma autoriza a cualquier médico, profesional médico o proveedor de servicios médicos o dentales o suministros, hospital, clínica, farmacia u otra instalación médicamente relacionada, seguro o compañía de reaseguros, la Oficina de Información Médica (MIB), agencias de reporte de consumidores o empleador, que tenga información disponible relacionada con el diagnóstico, consultas, tratamientos y pronóstico respecto a cualquier afección física o mental y/o tratamiento de, y cualquier otra información no médica acerca de mi persona, mi cónyuge o mis hijos menores de edad para entregar y divulgar a AICK, o sus compañías de reaseguro una copia completa de cualquiera y toda la información de salud. Esta información incluye, pero no está limitada a radiografías, fotocopias de expedientes médicos, historiales médicos, exámenes físicos, mentales o de diagnóstico y notas de tratamiento. Para propósitos de esta autorización, la información de salud incluye específicamente información confidencial acerca del VIH/SIDA; enfermedades de transmisión sexual y enfermedades contagiosas, consumo de drogas o alcohol y tratamiento de enfermedades mentales, pero excluye las notas de psicoterapia según lo definido por la ley HIPAA.

Comprendo que la información obtenida por el uso de esta autorización será utilizada por AICK para aprobar el seguro que se solicita y determinar la elegibilidad para el mismo; y que la cobertura puede retrasarse o ser negada si AICK no puede obtener la información necesaria para procesarla.

Comprendo que la información divulgada puede ya no estar protegida y puede ser divulgada de nuevo sin nueva autorización. Nota: Tenga en cuenta que, AICK no revelará la información a ninguna persona u organización, excepto a compañías de reaseguro u otras personas u organizaciones que lleven a cabo negocios o servicios legales relacionados con mi solicitud, o como sea de otra manera requerido legalmente o autorizado adicionalmente.

Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito directamente a dichas personas o entidades. Mi revocación no entrará en vigor hasta la medida de las acciones que hayan sido llevadas a cabo de conformidad a esta autorización o de otra manera, AICK tiene el derecho de impugnar la póliza o las reclamaciones bajo esta póliza.

Sé que yo, o mi representante autorizado, puedo solicitar una copia de esta solicitud. Acepto que una copia fotográfica de la autorización será tan válida como el original. Acepto que esta autorización será válida por 24 meses a partir de la fecha que se muestra a continuación. Si mis respuestas en esta solicitud están incompletas, son incorrectas o no son verdaderas, AICK tiene el derecho de negar los beneficios o anular la cobertura.

Comprendo que seré responsable de cualquier tarifa o costo asociado a la solicitud de expedientes médicos, para un inscrito s) tardío(s) en el programa de seguro.

Yo (1) solicito la cobertura para la cual reúno o puedo reunir los requisitos de conformidad con la póliza grupal o pólizas emitidas por AICK; (2) autorizo las deducciones de nómina necesarias, si se hace alguna, de mi salario; (3) designo al beneficiario indicado en este formulario a recibir los beneficios, de haberlos, que se pagarán en caso de muerte; (4) comprendo que entre los requisitos para la continuidad de la elegibilidad es que sea empleado activo a tiempo completo y trabaje la cantidad de horas por semana requeridas para la elegibilidad según lo estipulado en la póliza grupal. Creo que todas las personas para las cuales estoy solicitando la cobertura son ciudadanos residentes en los Estados Unidos o extranjeros residentes legales en los Estados Unidos, y que según mi leal saber y entender, la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta ya que pertenece a mi estado con el empleador mencionado anteriormente.

The English language version of this form is the official version; a version of this form in any language other than English is furnished for informational purposes only. The English version can be found at www.advanceinsurance.com/forms

La versión en inglés de este formulario es la versión oficial; cualquier versión de este formulario en un idioma que no sea el inglés se proporciona únicamente con fines informativos. Puede encontrar la versión en inglés ingresando en www.advanceinsurance.com/forms

Se requiere su firma

Firma del empleado

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Nombre del empleado en letra de imprenta

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Firma del cónyuge

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Nombre del cónyuge en letra de imprenta

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Hijo derechohabiente (mayor de 18) Firma

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Hijo derechohabiente (mayor de 18) Nombre en letra de imprenta

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Hijo derechohabiente (mayor de 18) Firma

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Hijo derechohabiente (mayor de 18) Nombre en letra de imprenta

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento