

Formulario de evidencia de asegurabilidad



para inscripción inicial y tardía

Quiero inscribirme en: Seguro de vida a término básico Seguro de vida opcional Discapacidad a largo plazo
 Seguro de vida básico para derechohabientes Discapacidad a corto plazo Seguro de vida voluntario para discapacidad a largo plazo

Sección 1 – Información del solicitante

Complete siempre esta sección, responda las preguntas médicas (secciones 4 y 5), y firme y coloque la fecha en la autorización (Sección 6).

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Ocupación/Título del puesto _____	\$ _____ Salario por hora
Apellido _____	Sufijo _____	_____/_____/_____ Fecha de contratación	_____/_____/_____ Fecha del cambio laboral
Dirección de residencia _____		Razones del cambio laboral: <input type="checkbox"/> De tiempo parcial a tiempo completo <input type="checkbox"/> Temporal a permanente <input type="checkbox"/> Recontratación/reincorporación <input type="checkbox"/> Otro _____	
Ciudad _____	¿Trabaja de forma activa y realiza todas sus funciones laborales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado _____ Código postal _____ +4 _____	Trabajo _____ horas semanales para este empleador.		
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Nombre del médico _____	
Número de Seguro Social _____	Estatura _____	Peso _____	Dirección del médico/Apartado postal _____
Nombre del empleador _____	Ciudad _____		
Ciudad del empleador _____	(_____) _____ - _____ Teléfono del lugar de trabajo	Estado _____ Código postal _____ +4 _____	

Sección 2 – Información del beneficiario

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.**

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____
Apellido _____	Sufijo _____	Apellido _____	Sufijo _____
Parentesco con el solicitante _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Parentesco con el solicitante _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento
Ciudad _____	Estado _____	Ciudad _____	Estado _____

El **beneficiario contingente** recibe sus beneficios por muerte **solo si** el (los) beneficiario(s) principal(es) fallece(n).

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____
Apellido _____	Sufijo _____	Apellido _____	Sufijo _____
Parentesco con el solicitante _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Parentesco con el solicitante _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento
Ciudad _____	Estado _____	Ciudad _____	Estado _____

Continúe en la página siguiente.

Sección 3 – Información del cónyuge y derechohabientes

Información del cónyuge:

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del médico
Apellido	Sufijo	Dirección del médico/Apartado postal
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento	Ciudad
Número de Seguro Social	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4
Empleador del cónyuge		

Información del hijo

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del médico
Apellido	Sufijo	Dirección del médico/Apartado postal
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento	Ciudad
Parentesco con el solicitante	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4

Información del hijo

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del médico
Apellido	Sufijo	Dirección del médico/Apartado postal
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento	Ciudad
Parentesco con el solicitante	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4

Información del hijo

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del médico
Apellido	Sufijo	Dirección del médico/Apartado postal
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento	Ciudad
Parentesco con el solicitante	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4

Información del hijo

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Nombre del médico
Apellido	Sufijo	Dirección del médico/Apartado postal
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento	Ciudad
Parentesco con el solicitante	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4

Continúe en la página siguiente.

Sección 4 – Historial médico

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 de un profesional médico para o ha tenido alguna de las siguientes afecciones? (Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es “Sí”, proporcione los detalles en la Sección 5.)

	Empleado	Cónyuge	Hijo(s)
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 u otro trastorno respiratorio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Presión arterial alta? Si la respuesta es sí, proporcione las dos últimas mediciones y las fechas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Diabetes, albúmina, sangre o azúcar en la orina? Si es diabético, mencione la edad de inicio y cómo se controló.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Cáncer, leucemia, tumor maligno o cualquier tipo de tumor?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Epilepsia o cualquier trastorno mental o del sistema nervioso, alcoholismo, abuso de drogas o sustancias?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Cualquier trastorno del sistema inmunológico, incluyendo SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), CRS (Complejo relacionado con el SIDA) o infección por VIH?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Trastorno o enfermedad de la espalda, columna vertebral o los huesos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. En los últimos cinco años, ¿usted o cualquiera de las personas que solicitan cobertura ha consultado a cualquier tipo de médico o profesional médico (o de salud mental) por cualquier razón o afección diferente a las mencionadas en las preguntas 1 a 7?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna de las solicitantes está embarazada actualmente? Si la respuesta es sí, proporcione la fecha prevista de parto:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna de las personas está bajo observación o recibiendo tratamiento médico actualmente? ¿Toma medicamentos actualmente? Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la afección, nombre del medicamento, dosis y frecuencia.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. En los últimos cinco años, ¿alguna de las personas que solicita cobertura ha sido descalificada, rechazada, pospuesta o limitada de cualquier manera para un seguro de vida, discapacidad, de salud o de accidentes?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Continúe en la página siguiente.

Sección 5 – Detalles médicos

Para cualquier respuesta afirmativa en la Sección 4, explique a continuación las afecciones detalladamente. 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 # _____ Nombre del inscrito _____

Tratamiento proporcionado por _____

Naturaleza de la afección _____

Dirección del médico/Apartado postal _____

Medicamento recetado (nombre, dosis, frecuencia) _____

Ciudad _____

_____/_____/_____ Fecha del diagnóstico ____/____/_____ Fecha de la última consulta por esta afección

Estado Código postal +4 _____

Grado de recuperación _____

Pregunta # _____ Nombre del inscrito _____

Tratamiento proporcionado por _____

Naturaleza de la afección _____

Dirección del médico/Apartado postal _____

Medicamento recetado (nombre, dosis, frecuencia) _____

Ciudad _____

_____/_____/_____ Fecha del diagnóstico ____/____/_____ Fecha de la última consulta por esta afección

Estado Código postal +4 _____

Grado de recuperación _____

Pregunta # _____ Nombre del inscrito _____

Tratamiento proporcionado por _____

Naturaleza de la afección _____

Dirección del médico/Apartado postal _____

Medicamento recetado (nombre, dosis, frecuencia) _____

Ciudad _____

_____/_____/_____ Fecha del diagnóstico ____/____/_____ Fecha de la última consulta por esta afección

Estado Código postal +4 _____

Grado de recuperación _____

Pregunta # _____ Nombre del inscrito _____

Tratamiento proporcionado por _____

Naturaleza de la afección _____

Dirección del médico/Apartado postal _____

Medicamento recetado (nombre, dosis, frecuencia) _____

Ciudad _____

_____/_____/_____ Fecha del diagnóstico ____/____/_____ Fecha de la última consulta por esta afección

Estado Código postal +4 _____

Grado de recuperación _____

Continúe en la página siguiente.

Sección 6 – Autorización

El seguro solicitado no entrará en vigor 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" en la Sección 4, las respuestas son completamente explicadas en la Sección 5.

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, compañía de seguros o reaseguros, la Oficina de Información Médica (MIB, por sus siglas en inglés), 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 Advance Insurance Company of Kansas (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 otra autorización. 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, puede 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 dentro de los dos años siguientes a la fecha de entrada en vigor de la póliza.

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

Yo (1) solicito la cobertura para la cual soy o puedo ser elegible bajo la póliza grupal o las pólizas emitidas por AICK; (2) autorizo las deducciones de nómina necesarias, si las hay, de mi salario; (3) designo al beneficiario nombrado en este formulario para recibir los beneficios pagaderos, si los hay, en caso de fallecimiento; (4) comprendo que uno de los requisitos para una elegibilidad continua consiste en que se debe ser un empleado activo de tiempo completo que trabaja las horas a la semana requeridas para la elegibilidad según lo indicado 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.

Nombre en letra de molde (Solicitante)

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Dirección del solicitante (Calle/apartado postal, ciudad, estado, código postal)

Se requiere su firma

Solicitante

_____/_____/_____
Fecha en que se firma

Nombre en letra de molde (Cónyuge)

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Dirección del cónyuge (Calle/apartado postal, ciudad, estado, código postal)

Firma del cónyuge aquí

Si cualquier hijo es mayor de 18 años, y usted solicita cobertura para hijos derechohabientes, ellos también deben firmar y poner la fecha en esta sección.

Cónyuge

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Nombre en letra de molde (Derechohabiente)

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Dirección del derechohabiente (Calle/apartado postal, ciudad, estado, código postal)

Firma del derechohabiente aquí

Dependiente

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Nombre en letra de molde (Derechohabiente)

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Dirección del derechohabiente (Calle/apartado postal, ciudad, estado, código postal)

Firma del derechohabiente aquí

Dependiente

_____/_____/_____
Fecha de la firma

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.