

Formulario de evidencia de asegurabilidad



inscripción inicial y tardía

- Quiero inscribirme en:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal básico | <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional | <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico para derechohabientes | <input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo | <input type="checkbox"/> Seguro de vida voluntario para discapacidad a largo plazo |

Sección 1 – Información del asegurado

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 _____	Ocupación/nombre del puesto _____	\$ _____ Salario por hora
Apellido _____	Sufijo _____	Fecha de contratación _____ _____/_____/_____	_____/_____/_____ Date of Employment Change
Dirección de residencia _____		Razón de cambio en el trabajo:	
Ciudad _____		<input type="checkbox"/> De tiempo parcial a tiempo completo <input type="checkbox"/> De temporal a permanente	
Estado _____	Código postal _____	<input type="checkbox"/> Recontratación/nuevo llamado <input type="checkbox"/> Otro _____	
+4 _____		¿Trabaja de forma activa y realiza todas sus funciones laborales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Trabajo _____ horas a la semana para este empleador.	
No. de Seguro Social _____	Estatura _____	Nombre de su médico _____	
	Peso _____	Dirección de su médico _____	
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 _____	Primer nombre _____	Inicial _____
Apellido _____	Sufijo _____	Apellido _____	Sufijo _____
Relación con el asegurado _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Relación con el asegurado _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento
Ciudad _____	Estado _____	Ciudad _____	Estado _____

El **beneficiario contingente**, que aparece a continuación, recibirá los beneficios por muerte **SOLO** si el beneficiario principal fallece.

Primer nombre _____	Inicial _____	Primer nombre _____	Inicial _____
Apellido _____	Sufijo _____	Apellido _____	Sufijo _____
Relación con el asegurado _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Relación con el asegurado _____	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento
Ciudad _____	Estado _____	Ciudad _____	Estado _____

Por favor continúe en la siguiente página.

Sección 3 – Información del cónyuge y los dependientes

Información del cónyuge:

Primer nombre	Inicial	Nombre del médico del cónyuge
Apellido	Sufijo	Dirección del médico
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Ciudad
No. de Seguro Social	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4
Empleador del cónyuge		

Información del hijo

Primer nombre	Inicial	Nombre del médico de su hijo
Apellido	Sufijo	Dirección del médico
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Ciudad
Relación con el asegurado	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4

Información del hijo

Primer nombre	Inicial	Nombre del médico de su hijo
Apellido	Sufijo	Dirección del médico
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Ciudad
Relación con el asegurado	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4

Información del hijo

Primer nombre	Inicial	Nombre del médico de su hijo
Apellido	Sufijo	Dirección del médico
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Ciudad
Relación con el asegurado	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4

Información del hijo

Primer nombre	Inicial	Nombre del médico de su hijo
Apellido	Sufijo	Dirección del médico
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____ Fecha de nacimiento	Ciudad
Relación con el asegurado	Estatura	Peso
	Estado	Código postal +4

Por favor continúe en la siguiente página.

Sección 4 – 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 de un profesional médico o ha tenido alguna de las siguientes afecciones? (Si alguna de las respuestas es “Sí”, proporcione detalles en la Sección 5)

	Empleado	Cónyuge	Hijos
1. ¿Trastornos cardíacos o de las arterias, soplo o ataque cardíacos, tuberculosis, trastornos del hígado, el estómago o los intestinos, trastornos renales, asma, trastornos de los pulmones o respiratorios?	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 otra forma 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. ¿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?	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. ¿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.	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. ¿Alguna de las personas que solicitan la cobertura, ha sido calificada, rechazada, pospuesta o limitada de cualquier manera para recibir un seguro de vida, de discapacidad, de salud o accidentes en los últimos 5 años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Por favor continúe en la siguiente página.

Sección 5 – Detalles médicos

Para cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1 a 11 en la Sección 4 anterior, 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 No. Nombre del inscrito

Tratamiento proporcionado por

Naturaleza de la afección

Dirección del proveedor

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 No. Nombre del inscrito

Tratamiento proporcionado por

Naturaleza de la afección

Dirección del proveedor

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 No. Nombre del inscrito

Tratamiento proporcionado por

Naturaleza de la afección

Dirección del proveedor

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 No. Nombre del inscrito

Tratamiento proporcionado por

Naturaleza de la afección

Dirección del proveedor

Medicamento recetado (nombre, dosis, frecuencia)

Ciudad

_____/_____/_____
Fecha del diagnóstico

_____/_____/_____
Fecha de la última consulta por esta afección

_____/_____/_____
Estado Código postal +4

Grado de recuperación

Por favor continúe en la siguiente página.

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" a una de las preguntas de la Sección 4, estas 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, seguro o compañía de 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 nueva 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.

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 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 del asegurado

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Dirección del asegurado (Calle o PO Box, ciudad, estado, código postal)

Se requiere su firma

Solicitante

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Nombre en letra de molde del cónyuge

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Dirección del cónyuge (Calle o PO Box, 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 del Derechohabiente

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Dirección del Derechohabiente (Calle o PO Box, ciudad, estado, código postal)

Firma del Derechohabiente aquí

Derechohabiente

_____/_____/_____
Fecha de la firma

Nombre en letra de molde del Derechohabiente

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Dirección del Derechohabiente (Calle o PO Box, ciudad, estado, código postal)

Firma del Derechohabiente aquí

Derechohabiente

_____/_____/_____
Fecha de la firma