



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO ALLIED™ COST SAVER
 Inscripción con American Alternative Insurance Corp., Princeton, NJ
 Se puede fotocopiar o duplicar. Llene con un bolígrafo.



SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO		ESTADO CIVIL		SEXO (H/M)		ADM. Use Only Para uso administrativo exclusivamente	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)		Mejor hora para contactarlo (si la compañía de seguros requiere información adicional)					
EDAD (último cumpleaños)		FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aa)		FECHA EN QUE EMPEZÓ A TIEMPO COMPLETO (mm/dd/aa)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
EMPLEADO POR		TELÉFONO DEL EMPLEADOR (incluya el código de área)		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE		INGRESOS MENSUALES \$	
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR – DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
OCUPACIÓN Y DEBERES		BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA Y PARENTESCO					
<input type="checkbox"/> SOY <input type="checkbox"/> NO SOY PROPIETARIO, SOCIO O REPRESENTANTE CORPORATIVO DEL EMPLEADOR ANTERIOR							
Estoy solicitando cobertura para (marque uno): <input type="checkbox"/> YO SOLO; <input type="checkbox"/> YO Y MI CÓNYUGE; <input type="checkbox"/> YO Y MI(S) HIJO(S); <input type="checkbox"/> YO, MI CÓNYUGE Y MI(S) HIJO(S)							
						CASE NO.	
						EMPLOYEE NO.	
						CLASS	
						EFFECTIVE DATE	
						UWF 48 YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DATE _____	
						UWF 40 YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES					ADM. Use Only	
Llene para el cónyuge y cada hijo dependiente a asegurar. (Use una hoja adicional si fuese necesario.)					Para uso administrativo exclusivamente	
NOMBRES DE DEPENDIENTES	PARENTESCO	SEXO (H/M)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	D&R Y/N	PXT
1. Nombre del empleado	Uno mismo					
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

SECCIÓN 2 – CRÉDITO POR COBERTURA DE SEGURO ANTERIOR

¿Ha estado usted o sus dependientes cubiertos bajo algún plan de seguro de salud en los últimos 90 días? SÍ NO
Si respondió Sí, para calificar para un crédito por cobertura anterior, por favor, proporcione la siguiente información sobre toda la cobertura vigente en los últimos 12 meses – Por favor, tenga presente que gran parte de esta información se puede obtener de su tarjeta de identificación de seguro actual:

Nombre de la compañía de seguros _____ N° de teléfono de la compañía de seguros () _____
 Fecha de vigencia de la cobertura anterior* _____ Cobertura aún vigente y pagada hasta (fecha) _____
 Fecha de término de cobertura _____ Razón del término de la cobertura _____

Tipo de cobertura (es decir, individual o patrocinada por empleador) _____ N° de póliza/certif. _____
 La cobertura era para (marque todo lo que corresponda): Mí Cónyuge Hijos

❖ Necesitamos confirmación de su cobertura con su compañía de seguros anterior. Por favor, proporciónenos una copia del Certificado de cobertura acreditable proporcionado por la compañía de seguros.

DEVUELVA LA SOLICITUD A ALLIED NATIONAL • UNDERWRITING • P.O. BOX 29187 • SHAWNEE MISSION, KS 66201-9187

Las copias electrónicas de la presente solicitud enviadas por fax, correo electrónico u otros medios electrónicos serán consideradas como el documento original.
 AAIC 811s0109

SECCIÓN 3 – DECLARACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Por la presente solicito seguro de beneficios limitados al cual ahora tengo derecho o tendré derecho bajo las disposiciones de la Póliza principal emitida por la Compañía de seguros. Autorizo a mi empleador a pagar las primas y a deducir cualquier contribución de prima requerida de mi parte de mis ingresos. Entiendo que mi empleador está siendo autorizado para pagar las primas, que es mi agente y no el agente de la Compañía de seguros, y que mi seguro puede ser terminado si mi empleador no paga las primas como se requiere.

Cualquier persona que, con intención de defraudar o a sabiendas que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, envía una solicitud o presenta un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser encontrada culpable de fraude en un tribunal legal. Entiendo que mi cobertura, si es aprobada, y la de mis dependientes elegibles, estará sujeta a las disposiciones de condición preexistente y de reemplazo de cobertura especificadas en la Póliza principal. Entiendo que, sujeto a las disposiciones de reemplazo de cobertura de la Póliza principal, es posible que no sea elegible para cobertura si actualmente estoy totalmente discapacitado.

Entiendo que si no solicito cobertura para dependientes debido a razones distintas a la de tener una cobertura existente hay dos consecuencias importantes: En todos los estados menos en Texas, la fecha de vigencia de la cobertura puede ser retrasada o **el período durante el cual las condiciones preexistentes no estarán cubiertas puede extenderse** para mis dependientes, como se describe en las disposiciones de Elegibilidad de solicitante tardío, Fechas de vigencia y Limitaciones de condiciones preexistentes establecidas en la Póliza principal. Como resultado, renuncio a todos los beneficios pagaderos por mis dependientes. Para Texas, la fecha de vigencia de la cobertura será retrasada hasta el próximo período de inscripción abierta y el solicitante tardío quedará sujeto a un período de limitación de condición preexistente de doce (12) meses. Además, entiendo que para que mis dependientes tengan una cobertura de seguro de vida bajo este plan en el futuro, es posible que me exijan proporcionar una evidencia satisfactoria de asegurabilidad que debo pagar por mi propia cuenta, y que se aplicarán todas las disposiciones correspondientes a un dependiente.

AVISO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Según lo requiere la ley, este aviso tiene la intención de informarle que 1) Información personal puede ser recaudada por personas apartes del individuo solicitante de cobertura; 2) Dicha información, al igual que otra información personal o privilegiada recopilada por la Compañía de seguros o por su representante legal, puede ser en ciertas circunstancias, según lo exija la ley, divulgada a terceros sin su autorización previa; 3) Usted tiene derecho a acceder y corregir la información recopilada; 4) Su derecho a acceder a la información no incluye la información que se relaciona con y que es recopilada en relación con o en anticipación razonable de un reclamo o litigio civil o criminal; 5) Nosotros proporcionaremos un aviso más detallado de las prácticas de información de seguro a solicitud.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo la divulgación de la información personal no pública y de la información de salud protegida individualmente identificable mía (y de mi(s) dependiente(s), si se solicita cobertura para dependientes), incluyendo aunque sin carácter excluyente el estado de empleo, otra cobertura de seguro, diagnóstico, pronóstico, tratamiento o cuidado médico y condiciones físicas o mentales (incluyendo la dependencia de alcohol y drogas), por parte de cualquier médico, practicante médico, hospital, otra institución médica relacionada, compañía de seguros, empleador o plan de beneficios que tenga dicha información, a la Compañía de seguros o a su representante legal, agente o vendedor, para los fines de procesar reclamos. Reconozco y acepto que esta autorización será válida por dos (2) años a partir de la fecha de mi firma más abajo; que a pesar que puedo revocarla por escrito en cualquier momento durante ese período, tal revocación no afectará la validez pasada; que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada; que mi firma de esta autorización es voluntaria y no es una condición para la inscripción o el procesamiento de reclamos; que esta autorización se utilizará como documento por sí sola, aparte de la solicitud; que una fotocopia de esta autorización será tan válida como el documento original; y que tengo autoridad para actuar como el representante legal de mi(s) dependiente(s) (si se solicita cobertura para dependientes).

Firma X _____ Fecha _____