



EVIDENCIA MÉDICA DE ASEGURABILIDAD Y SOLICITUD DEL EMPLEADO
 Solicitud a American Alternative Insurance Corp. Princeton, NJ
 Se puede fotocopiar o duplicar. Llene con un bolígrafo y firme con sus iniciales cualquier modificación.



SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO				ESTADO CIVIL		ADM. Use Only Para uso administrativo exclusivamente		
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL				CASE NO.
NÚMERO DE TELÉFONO (incluya el código de área)				Mejor hora para contactarlo (si la compañía de seguros requiere información adicional)				EMPLOYEE NO.
FECHA EN QUE EMPEZÓ A TIEMPO COMPLETO (mm/dd/aa)			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL					CLASS
EMPLEADO POR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR (incluya el código de área)		PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS SEMANALMENTE		INGRESOS MENSUALES			EFFECTIVE DATE
UBICACIÓN DEL EMPLEADOR – DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL				OCC YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OCUPACIÓN Y DEBERES			BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA Y PARENTESCO					UWF 48 YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DATE _____
<input type="checkbox"/> SOY <input type="checkbox"/> NO SOY PROPIETARIO, SOCIO O REPRESENTANTE CORPORATIVO DEL EMPLEADOR ANTERIOR								UWF 40 YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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)								HEALTH YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LIFE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Estoy solicitando cobertura para (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> SEGURO DE VIDA								

Si usted tiene dependientes (cónyuge y/o hijos) y ha elegido no incluir a ningún dependiente en esta cobertura, complete lo siguiente: NO SOLICITO COBERTURA PARA DEPENDIENTES PARA Cónyuge Hijos PORQUE (marque uno):

Cubierto por otro plan colectivo/individual de la salud. Otro (explique) _____

Entiendo que, si tengo dependientes y no presento una solicitud en este momento, es posible que esté renunciando a ciertos derechos descritos al dorso en la sección de declaración del solicitante. Entiendo que tengo derecho a solicitar cobertura para dependientes en este momento. Estoy rechazando voluntariamente la cobertura para dependientes y no he sido inducido o presionado por nadie para rechazar dicha cobertura.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE							ADM. USE ONLY				
Complete para cada persona a ser asegurada. (Use una hoja adicional si fuese necesario.)							MUW	MHX	LAT	D&R	PXT
NOMBRES DE PARTICIPANTES	PARENTESCO	SEXO	ALTURA	PESO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL					
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 eficaz de cobertura anterior* _____ Fecha de terminación _____

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): Uno mismo 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.

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN MÉDICA Proporcione información específica acerca de cualquier pregunta a la que responda con "Sí" abajo.

1. En los últimos 10 años, ¿a usted o cualquiera de los solicitantes de cobertura se le diagnosticó, consultó, o recibió medicación para:

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
Cerebro o sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la glándula tiroidea o de la hipófisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades nerviosas, mentales o emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes o azúcar en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia o parálisis cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los huesos o las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial anormal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis, reumatismo, bursitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón o sistema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la espalda o de la columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho o accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones o sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la sangre o vórices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema, tuberculosis, enfermedad obstructiva pulmonar crónica o asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema digestivo o gastrointestinal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple o fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrosis o hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel o del colágeno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hígado, páncreas o riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer, leucemia o enfermedad de Hodgkin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recto, próstata o hernia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vasos o ganglios linfáticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema genitourinario.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier deformidad o defecto físico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamas u órganos de la reproducción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trastorno endocrino o de las glándulas suprarrenales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

2. En los últimos 10 años, ¿se le diagnosticó a cualquiera de los solicitantes, o recibió cualquiera de ellos tratamiento para: infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cualquier síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado con el SIDA (CRS), pérdida importante de peso, fatiga crónica o diarrea, sudores nocturnos o agrandamiento de ganglios linfáticos? Sí NO
3. ¿Está usted o cualquiera de sus dependientes (soliciten o no cobertura) embarazada, tiene previsto realizarse algún procedimiento quirúrgico, o alguna de las personas que solicita cobertura es discapacitada, tiene limitaciones o está incapacitada para llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria o de cuidado personal? Sí NO
4. Durante los últimos 5 años, ¿alguna de las personas que solicita cobertura ha visitado a un médico, realizado una consulta médica, ha sido sometida a cirugía o ha sido hospitalizada? Sí NO
5. ¿Cualquier persona está tomando actualmente alguna medicación? Sí NO
6. ¿Hay algún trastorno o problema médico preexistente, incluido cualquier síntoma sin diagnóstico, que no haya sido indicado de alguna forma en esta solicitud? Proporcione información específica acerca de cualquier pregunta a la que responda con "Sí" abajo. Sí NO

Use el espacio a continuación para proporcionar información sobre cualquier pregunta, de la 1 a la 6, a la que responda con "Sí". Use una hoja aparte si necesita más espacio; firme y adjunte las páginas adicionales. Si toma medicación para la hipertensión, incluya las 3 últimas indicaciones de la presión arterial.

Persona	Afección médica o razón específica para el tratamiento	Fechas del tratamiento	Medicaciones y dosificaciones	Estado de la recuperación	Introduzca aquí todo tratamiento, cirugía o cirugía programada para esta afección.

SECCIÓN 4 – DECLARACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Por la presente solicito cobertura de seguro para la que tengo actualmente derecho o tendré derecho bajo los términos 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.

Si elijo no solicitar cobertura para mis dependientes y mis dependientes no tienen actualmente otra cobertura aceptada, entiendo que el derecho de mis dependientes a inscribirse en el futuro puede estar restringido: 1) Para seguros médicos en todos los estados excepto Texas, la fecha efectiva de la cobertura se retrasará o el período sin cobertura de condiciones preexistentes se extenderá a dieciocho (18) meses; 2) Para seguros médicos en Texas, el período sin cobertura de las condiciones preexistentes se extenderá a dieciocho (18) meses; y 3) Para seguros de vida en todos los estados, se requerirá una evidencia satisfactoria de asegurabilidad que debo pagar por mi propia cuenta. Consulte las cláusulas sobre elegibilidad de solicitante tardío, fechas efectivas y limitaciones de condiciones preexistentes establecidas en la póliza principal. En consecuencia, también renuncio a toda reclamación relativa a la pérdida de tales beneficios para mis dependientes bajo los términos de la póliza principal.

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, a los fines de aprobación de la inscripción y del procesamiento de reclamos. Reconozco y acepto que esta autorización será válida por dos (2) años; que puedo revocarla por escrito en cualquier momento; que puedo solicitar una copia de esta autorización; que mi inscripción depende de mi firma en esta autorización, pero no el procesamiento de reclamos; que esta autorización constituirá en sí misma un documento, separado de la solicitud; que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original; y que estoy autorizado para actuar como el representante personal de mi(s) dependiente(s) (si se solicita cobertura para dependientes).

Firma X _____ Fecha _____