



**Formulario de Inscripción del
Plan Médico de Corto Plazo “Amigo”
Usarse en CA**



(En adelante HCC Life)

Por favor, envíe este formulario junto con el pago a:

Insurance Services of America
1757 E. Baseline Road, Suite 126
Gilbert, AZ 85233
Teléfono sin costo: 800-647-4589
Fax sin costo: 866-793-477

- Por favor, complete este formulario completamente. La falta de información podría demorar el trámite.
- Usted podrá elegir las opciones de deducible de \$5,000 y \$7,500 por solicitar en línea o por comunicarse con nosotros.

Datos Personales Proporcione los datos de todos los individuos a ser cubiertos.			
Nombre y Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Información de Contacto
Solicitante Principal		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Dirección
Cónyuge (incluyendo pareja en unión civil)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Ciudad Estado C.P.
Niño 1		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número Telefónico
Niño 2		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Correo Electrónico

Opciones del Plan Marque los cuadros que corresponden a sus elecciones.	Deducible <input type="checkbox"/> \$250 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,500	Opción de Pago <input type="checkbox"/> Mensualidades – plan de 6 meses <input type="checkbox"/> Al Contado (por favor indique la terminación) Indique Fecha de Term. _____ Número de días (max 180) _____
	Coaseguro <input type="checkbox"/> 80% of \$5,000 <input type="checkbox"/> 50% of \$5,000	
	Fecha Efectiva Solicitada (mm/dd/aa) ____ / ____ / ____	

Preguntas Médicas	Por favor, conteste las siguientes preguntas médicas según los individuos que soliciten cobertura.
1. ¿Tendrá cualquier solicitante en ésta una póliza de seguro en vigor en la fecha efectiva o tendrá derecho a Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Aplica lo siguiente a usted o cualquier solicitante? a. Se ha negado seguro debido a cualquier asunto médico por una condición que sigue presente. b. Se encuentra embarazada, en el proceso de adoptar o en el curso de tratamiento de infertilidad. c. Es hombre que pesa más de 300 libras o mujer que pesa más de 250 libras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Como aplica a todos los solicitantes, dentro de los últimos 5 años, ¿ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento, ha tomado medicamento o ha tenido alguna señal o síntoma a consecuencia de lo siguiente: cáncer o tumor, ataque cerebral, enfermedades del corazón, incluyendo ataque de corazón, dolor en el pecho o haber recibido cirugía cardiaca, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) o enfisema, enfermedad de Crohn, trastorno del hígado, enfermedad del disco, hernia, reuma articular, trastornos del riñón, diabetes, enfermedad degenerativa de la articulación de la rodilla, abuso de alcohol o dependencia de químicos, o cualquier trastorno neurológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Dentro de los últimos 5 años, ¿Algún solicitante ha recibido diagnóstico o tratamiento por un médico o practicante de la medicina por el Síndrome Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) o ha dado positivo a la prueba del Virus Inmunodeficiencia Humano (VIH)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Si usted no es ciudadano estadounidense, ¿planea radicar legalmente en los EEUU por la duración de la póliza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ciud. EEUU
Si usted contestó que “Sí” a cualquiera de las preguntas del 1 al 4 o que “No” al número 5 arriba, no se podrá otorgarle cobertura. Gracias por su consideración.	
La ley del Estado de California prohíbe que las compañías de seguro médico requieran o utilicen una prueba de VIH como condición de la obtención de cobertura de seguro médico.	

Para información del producto o asistencia con este formulario, por favor, comuníquese con: Insurance Services of America Teléfono sin costo: 800-647-4589
1757 E. Baseline Road, Suite 126 Fax sin costo: 866-793-4779
Gilbert, AZ 85233

Calcular la Prima		Referirse a la tabla de tarifas que corresponde a la opción del plan y nivel de coaseguro que eligió para conseguir la tarifa base de cada solicitante, entonces siga las instrucciones para calcular la prima total.	
		Mensualidades	Pago Al Contado
A	Tarifa del Solicitante Principal	A	A
B	Tarifa del Cónyuge	B	B
C	Por niño _____ x # _____ =	C	C
D	A + B + C =	D	D
E	Factor del Código Postal (ZIP)	E	E
F	D x E = Prima Mensual / Diaria Total (redondear al centavo)	F	F
G	Número de Meses / Días de Cobertura	G \$5.00	G \$0.17
H	F x G =	H	H
I	Cargo Administrativo	n/a	I
J	Tarifa del Solicitante Principal	n/a	J
K	Tarifa del Cónyuge	K \$10.00	K \$10.00
L	Total Por Pagar	Mensual: F + I = Diario: H + I =	L

Información de Pago	
Proporcione toda la información de pago. Un formulario que falte el pago no será tramitado.	
<input type="checkbox"/> Cheque/Orden de Pago (Sólo por Pagos Al Contado) <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> American Express	
Número de la Tarjeta de Crédito	Vencimiento
Nombre tal como aparece en la tarjeta	
Número Telefónico	
Dirección Completa del Cuentahabiente	
<p>Los Cheques u Órdenes de Pago se deben hacer, en dólares americanos, a nombre de HCC Life Insurance Company. Si se paga por tarjeta de crédito, yo autorizo a HCC Life a cargar mi cuenta de Discover, VISA, MasterCard o American Express por el importe indicado en la sección de Calcular Prima. Si seleccioné pagar en mensualidades, por la presente pido y autorizo HCC Life a cargar mi tarjeta crédito las mensualidades apropiadas en las fechas de pago de cada mensualidad. Esta autorización quedará en vigor durante el Período Certificado elegido o hasta que yo pida la cancelación por escrito. La cobertura comprada por tarjeta de crédito está sujeta a la validación y aprobación de la compañía financiera.</p>	
Firma del Cuentahabiente	Fecha

Autorización			
<p>Por la presente yo pido ser cubierto bajo el seguro expedido a Consumer Benefits of America y respaldado por HCC Life Insurance Company. Yo entiendo que este seguro contiene una exclusión de Condiciones Preexistentes, una multa por no precertificar y otras restricciones y exclusiones. Me conformo con que la cobertura no entre en vigor ni para mí ni para ningún dependiente cuyo estatus médico, antes de la fecha efectiva, haya cambiado de tal manera que resulte en la respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas médicas en esta Solicitud. Si el estatus médico mío ha cambiado de esta forma, la cobertura será denegada para todos los individuos enumerados en esta Solicitud. Entiendo que si se eligiere el modo de pago mensual, se cargará la prima mensual a mi tarjeta de crédito autorizada, en cada fecha límite de pago programada, lo cual corresponde al plazo de 6 meses del plan que se haya elegido. Yo entiendo que puedo revocar la autorización otorgada correspondiente a la carga de dichas primas mensuales a mi tarjeta de crédito pidiéndolo a HCC Life, por escrito, por lo menos un día hábil antes de la fecha límite de pago de la próxima mensualidad. Yo entiendo que esta cobertura no se puede renovar ni prorrogar. Yo entiendo que la información contenida en éste es un resumen de la cobertura provista bajo el Certificado de Seguro y que puedo obtener una copia completa del Certificado de Seguro pidiéndosela a HCC Life. Entiendo que HCC Life, como asegurador del plan, es el único responsable por la cobertura y los beneficios provistos bajo el seguro. Yo entiendo y me conformo con que el agente/corredor de seguros, si existe, dando asistencia con esta Solicitud se considerará representante del Solicitante. Si algún representante del Solicitante firmare el presente, él/ella hubiere afirmado su derecho de hacerlo. Si el firmante actuare de tutor o apoderado del Solicitante, él/ella hubiere afirmado su derecho de actuar así. Al aceptar la cobertura y/o al presentar alguna reclamación de beneficios, el Solicitante confiera al firmante las facultades de actuar así y por lo mismo se rija el Solicitante. En caso de no ser miembro de Consumer Benefits of America, por la presente, pido que se me inscriba como miembro. Recibiré un paquete de membresía después de que se reciban los cargos de membresía de \$5 mensuales. Aviso de Fraude: Cualquier persona que intente o pretenda conscientemente dañar, defraudar, o engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona, o de igual manera presentar algún formulario o declarar una reclamación que contiene información falsa, incompleta, o engañosa, pudiera haber cometido un delito y así podría estar sujeto a castigo civil o penal.</p>			
Firma del Solicitante:	Fecha	Firma de Cónyuge:	Fecha
Firmada por un Agente Asignado por HCC Life:		Solamente para uso del Administrador del Plan:	
		PBC: 6CA.110.01.09	Code: 9870



Plan Médico de Corto Plazo
Cuestionario Médico para Dependientes
Usarse en CA



Por favor, complete esta solicitud completamente. La falta de información podría demorar el trámite.

Nombre y Apellidos	
Nombre del Solicitante Principal:	
Nombre del Dependiente:	
Fecha de Nacimiento del Dependiente:	

Preguntas Médicas Favor de contestar las siguientes preguntas según el dependiente indicado anteriormente.	
1. ¿Tendrá el dependiente en ésta una póliza de seguro en vigor en la fecha efectiva o tendrá derecho a Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Aplica lo siguiente al dependiente? a. Se ha negado seguro debido a cualquier asunto médico por una condición que sigue presente. b. Se encuentra embarazada, en el proceso de adoptar o en el curso de tratamiento de infertilidad. c. Es hombre que pesa más de 300 libras o mujer que pesa más de 250 libras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Como aplica al dependiente, dentro de los últimos 5 años, ¿ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento, ha tomado medicamento o ha tenido alguna señal o síntoma a consecuencia de lo siguiente: cáncer o tumor, ataque cerebral, enfermedades del corazón, incluyendo ataque de corazón, dolor en el pecho o haber recibido cirugía cardiaca, EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) o enfisema, enfermedad de Crohn, trastorno del hígado, enfermedad del disco, hernia, reuma articular, trastornos del riñón, diabetes, enfermedad degenerativa de la articulación de la rodilla, abuso de alcohol o dependencia de químicos, o cualquier trastorno neurológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Dentro de los últimos 5 años, ¿Ha recibido el dependiente diagnóstico o tratamiento por un médico o practicante de la medicina para el Síndrome Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) o ha dado positivo a la prueba del Virus Inmunodeficiencia Humano (VIH)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Si el dependiente no es ciudadano estadounidense, ¿planea radicar legalmente en los EEUU por la duración de la póliza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> US citizen
<p align="center">Si usted contestó que “Sí” a cualquiera de las preguntas del 1 al 4 o que “No” al número 5 arriba, no se podrá extenderle cobertura. Gracias por su consideración.</p> <p align="center">La ley del Estado de California prohíbe que las compañías de seguro médico requieran o utilicen una prueba de VIH como condición de la obtención de cobertura de seguro médico.</p>	

Autorización			
<p>Por la presente yo solicito cobertura bajo el seguro provisto al Consumer Benefits of America y respaldado por HCC Life Insurance Company. Entiendo que este seguro incluye una exclusión de Condiciones Preexistentes, una multa por no precertificar entre otras restricciones y exclusiones. Reconozco que la cobertura no se pondrá en vigor ni para mí ni para cualquier dependiente cuyo estatus médico se haya cambiado antes de la fecha efectiva y por consiguiente resulte en la contestación afirmativa a alguna de las preguntas médicas en esta solicitud. En el caso de que mi estatus médico cambie de esa manera, se negará la cobertura por todos los individuos incluidos en esta solicitud. Entiendo que HCC Life, como Asegurador del plan, es completamente responsable de la cobertura y los beneficios provistos bajo este seguro. Yo entiendo y estoy de acuerdo de que el agente/corredor de seguro, si existe y me atiende con este Formulario de Inscripción, es un representante del Solicitante. Si este Formulario de Inscripción está firmado por un/una representante del Solicitante, él/ella afirma su derecho de firmar. Si un(a) tutor/a o apoderado/a del Solicitante firma, el firmante afirma su derecho de firmar. Al aceptar la cobertura y/o presentar una reclamación para los beneficios, el Solicitante acepta la autoridad del firmante a firmar y se obliga a los términos de este seguro. Aviso de Fraude: Para cualquier persona que intente conscientemente dañar, defraudar, o engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona, o igual presentar algún formulario o declarar una reclamación que contenga información falsa, incompleta, o engañosa podría ser que cometa un delito y podría estar sujeto a castigo civil o penal.</p>			
Firma del Solicitante	Fecha	Firma de Cónyuge	Fecha

Firmada por Agente Asignado por HCC Life:	Solamente para uso del Administrador del Plan:	
	PBC: 6CA.111.01.09	Code: