



**Solicitud del Plan Médico a Corto Plazo “Amigo”
Para el uso en CO**



Por favor, envíe la solicitud junto con el pago a:

Insurance Services of America
1757 E. Baseline Road, Ste 126
Gilbert, AZ 85233

- Por favor, complete esta solicitud completamente. La falta de información podría demorar el trámite.
- Las opciones de deducible de \$5,000 y \$7,500 le están disponibles si solicite en línea.

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		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Ciudad	Estado	ZIP
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 su elección de deducible y coaseguro.	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) _____
Deducible	<input type="checkbox"/> \$250 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,500		
Coaseguro	<input type="checkbox"/> 80% de \$5,000 <input type="checkbox"/> 50% de \$5,000		
Fecha Efectiva Solicitada (mm/dd/aa)	____ / ____ / ____		

Preguntas Médicas Por favor, conteste las preguntas médicas abajo de tal manera que se aplique a todos los individuos que solicitan 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 (no aplica a residentes de MO). 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)? Residentes de WI no son obligados a declarar sus resultados del 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 extenderle cobertura. Gracias por su consideración.	

Para información del producto o asistencia con esta solicitud, por favor, comuníquese con:

I.S.A.
1757 E. Baseline Road Suite 126
Gilbert, AZ 85233
Fax: 480.821.9297

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	Cargos por Asociación Mensual / Diario	G \$5.00	G \$0.17
H	F + G = Tarifa Mensual / Diario Total	H	H
I	Número de Días de Cobertura	n/a	I
J	H x I =	n/a	J
K	Cargo Administrativo	K \$10.00	K \$10.00
L	Total Por Pagar	Mensual: H + K = Diario: J + K =	L

Información de Pago	
Proporcione toda la información de pago. Una solicitud que le falta el pago no será tramitada.	
<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	
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.	
Firma del Cuentahabiente	Fecha

Autorización			
Por la presente yo solicito cobertura bajo el seguro provisto al Consumer Benefits of America y suscrito por HCC Life Insurance Company. Entiendo que este seguro incluye una exclusión de condiciones preexistentes, una multa por no prenotificar 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 si he elegido la opción de Pago por Mensualidades, mi tarjeta de crédito estará cargada cada mes en la fecha de pago de la prima por 6 meses. Entiendo que tengo la opción de cancelar los pagos programados por avisar a HCC Life, en escrito, a lo menos un día antes de la próxima fecha de pago. Entiendo que esta cobertura no se puede renovar ni prorrogar. Entiendo que la información contenida en ésta es un resumen de la cobertura ofrecida en el Certificado de Seguro y que puedo conseguir una copia completa del Certificado de Seguro al pedirlo a HCC Life. Entiendo que HCC Life, como suscriptor 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/broker del seguro, si existe y me atiende con esta Solicitud, es un representante del Solicitante. Si esta Solicitud está firmada 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. Si aún no soy miembro del Consumer Benefits of America, por ésta pido que sea inscrito como miembro. Recibiré un paquete informativo acerca de la membresía una vez que yo haya pagado y se han recibido los cargos por membresía de \$5 por mes. ADVERTENCIA: Colorado: Es ilegal proporcionar conscientemente información o hechos falsos, incompletos, o engañosos a alguna compañía de seguros con el propósito de defraudar o de intentar de defraudar la compañía. Punición podría incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro, y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de alguna compañía de seguros que proporcione conscientemente información o hechos falsos, incompletos, o engañosos a algún derechohabiente o a algún reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al derechohabiente o al reclamante respecto a algún acuerdo o adjudicación pagadera de las ganancias de seguro estará reportado a la División de Seguro de Colorado dentro del Departamento de Agencias Normativas.			
Firma del Solicitante	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
Firmado por Agente Asignado por HCC Life:		Sólo para el Uso del Administrador del Plan:	
		PBC 6CO.210.05.08	Código:

¿Usted o cualquier otra persona a ser cubierta ha quedado cubierto bajo dos o más pólizas a corto plazo no renovables durante los últimos doce meses? Sí No

En caso afirmativo, no se podrá expedir esta cobertura. Deberá esperar seis meses a partir de la fecha de su última póliza de ese tipo para volver a solicitar una póliza a corto plazo.

ESTA COBERTURA NO PROVEE POR LA TRANSFERENCIA DE COBERTURA PREVIA. POR CONSIGUIENTE, CUALQUIER LESIÓN, ENFERMEDAD, O EMBARAZO POR EL CUAL HAYA INCURRIDO CARGOS, RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, CONSULTADO A UN PROFESIONAL DE CUIDADO MÉDICO, O TOMADO MEDICAMENTOS PRESCRITOS DENTRO DE 12 MESES ANTERIORES A LA FECHA EFECTIVA DE ESTA COBERTURA NO SERÁ CUBIERTO BAJO ESTE CERTIFICADO.