



**Formulario de Inscripción del
Plan Médico a Corto Plazo “Amigo”
Para el uso en LA**



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

Insurance Services of America
1757 E. Baseline Road, Suite 126
Gilbert, AZ 85233
Toll Free Phone: 800-647-4589
Toll Free Fax: 866-793-4779

- Por favor, complete este formulario completamente. La falta de información podría demorar el trámite.
- Usted podrá elegir la opción de Pago Al Contado para 6 ó 12 meses y las opciones de deducible de \$5,000 y \$7,500 por inscribir 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		<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
Deducible	<input type="checkbox"/> \$250 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,500	<input type="checkbox"/> Mensualidades – plan de 6 meses <input type="checkbox"/> Mensualidades – plan de 12 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% 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 algún signo 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 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"/> Ciudad. 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 este formulario, por favor, comuníquese con:

HCCL STMM ENR LA

Insurance Services of America
1757 E. Baseline Road, Suite 126
Gilbert, AZ 85233
Toll Free Phone: 800-647-4589
Toll Free Fax: 866-793-4779

(12/07)

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. Un formulario que le falta 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	
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 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			
<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 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 este formulario. En el caso de que mi estatus médico cambie de esa manera, se negará la cobertura por todos los individuos incluidos en este formulario. 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 ó 12 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 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/broker del 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. 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. Aviso de Fraude: Para cualquier persona que intente concientemente dañar, defraudar, o engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona, o igual presentar un Formulario de Inscripción 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. AVISO: Ningún solicitante será el sujeto de una prueba genética ni estar sujeto a cualesquier preguntas sobre la información genética.</p>			
Firma del Solicitante	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
Firmado por Agente Asignado por HCC Life:		Sólo para el Uso del Administrador del Plan:	
		PBC 6LA.210.05.08	Código: 9870

AVISO. Cualquier persona que concientemente: Arizona y Arkansas: presente una reclamación falsa o fraudulenta por pago de una pérdida o un beneficio está sujeta a castigos civiles y penales, o **propio a AR:** presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento. **Luisiana, Nuevo México y Texas:** presente una reclamación falsa o fraudulenta por pago de una pérdida o un beneficio (o **propio a LA y TX:** una persona que concientemente presente información falsa en una solicitud) es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en un reclusorio estatal, (o **propio a NM:** a multas civiles y castigos penales.) **Florida:** intente de dañar, defraudar, o engañar cualquier compañía de seguros, o presentar una reclamación que contenga información falsa, incompleta, o engañosa es culpable de una felonía en el tercer grado. **Kentucky y Pensilvania:** intente defraudar cualquier compañía de seguro u otra persona, o presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información falsa materialmente u oculte información pertinente a material hecho con propósito a engañar comete un acto fraudulento de seguro, el cual es un delito, **propio a PA:** sujeta a tal persona a castigos civiles y penales. **Ohio:** intente defraudar o concientemente facilite un acto fraudulento contra un asegurador, presente una solicitud o presente una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro. **Oklahoma:** intente de dañar, defraudar, o engañar cualquier compañía de seguro, o presentar una reclamación por el dinero de una póliza de seguro que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de una felonía.

AVISO: Colorado: Es ilegal proporcionar concientemente hechos o información falsa, incompleta, o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar la compañía. Castigos se podrían incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro, y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione concientemente hechos o información falsa, incompleta, o engañosa a un poseedor de póliza o remitente de reclamación con propósito de defraudar o intentar defraudar el poseedor de póliza o remitente de reclamación acerca de algún acuerdo o concesión pagadero por parte del dinero de la póliza será reportado al División de Seguros de Colorado la cual es parte del Departamento de Agencias Reguladora. **Distrito de Columbia, Tennessee y Virginia:** Es delito proveer concientemente información falsa, incompleta, o engañosa a un asegurador o compañía de seguros con propósito de defraudar el asegurador o compañía de seguro, (o **propio al DC:** cualquier otra persona.) Castigos incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, un asegurado puede denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionara información falsa directamente relacionada a la reclamación. **Maine:** Es delito proveer concientemente información falsa, incompleta, o engañosa a una compañía de seguros con propósito de defraudar la compañía. Castigos se podrían incluir encarcelamiento, multas, o denegación de seguro. **Minnesota:** Cualquier persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o ayude cometer un acto de fraude contra un asegurado es culpable de un delito. **Nuevo Hampshire:** Cualquier persona que, con propósito de dañar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguro, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta al proceso juicio y castigo por fraude de seguro, como provisto en RSA 638.20.