



Solicitud del Plan Médico de Corto Plazo "Amigo" Usarse en ME



(En adelante HCC Life)

- Por favor, envíe esta solicitud 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: 866-793-4779
 - 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 a 12 meses y 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		<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 su elección de deducible y coaseguro.	Opción de Pago <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)
Deducible <input type="checkbox"/> \$250 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,500	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 según todos 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
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.	
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 cardíaca, 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)? Contesté "No" si usted ha dado positivo en una prueba de VIH, sino no ha desarrollado ni síntomas ni la enfermedad de SIDA.	<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.	

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	n/a	G
H	F x G =	n/a	H
I	Cargo Administrativo	I \$12.00	I \$12.00
J	Total Por Pagar	Mensual: F + I = Diario: H + I =	J

Información de Pago

Proporcione toda la información de pago. Un formulario que falte el pago no será tramitado.

- Cheque/Orden de Pago (Sólo por Pagos Al Contado)
- MasterCard VISA
- Discover 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

Por la presente yo pido ser cubierto bajo una póliza asegurada 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 este formulario de inscripción. Si el estatus médico mío ha cambiado de esta forma, la cobertura será denegada para todos los individuos enumerados en este formulario de inscripción. Entiendo que si se elige el modo de pago mensual, se cargará la prima mensual a mi tarjeta de crédito autorizada, en cada fecha límite del pago programado, lo cual corresponde al plazo de 6 ó 12 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 la póliza y que puedo obtener una copia completa de la póliza pidiéndosela a HCC Life. Entiendo que HCC Life, como aseguradora del plan, es el único responsable por la cobertura y los beneficios previstos bajo el seguro. Yo entiendo y me conformo con que el agente/corredor de seguros, si existe, dando asistencia con este formulario de inscripción se considerará representante del solicitante. Si algún representante del solicitante firmare el presente, él/ella hubiere afirmado su facultad por firmarlo. Si el firmante actuare de tutor o apoderado del solicitante, él/ella hubiere afirmado su facultad de ejercer tal poder. 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. **Todas las declaraciones y descripciones hechas en este formulario de inscripción de/por parte de cualquier individuo se consideran representaciones y no garantías.**

Aviso: Es ilegal proporcionar conscientemente información o hechos falsos, incompletos o engañosos a alguna compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Punción podría incluir encarcelamiento, multas o la denegación de seguro.

Firma del Solicitante	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
-----------------------	-------	-------------------	-------

Firmado por Agente Asignado por HCC Life:	Sólo para el Uso del Administrador del Plan:
	PBC 6ME.210.01.09 Código: 9870

¿HA SIDO CUBIERTO USTED O CUALQUIER OTRA PERSONA SOLICITÁNDOSE COBERTURA BAJO ALGUNA PÓLIZA DE CORTO PLAZO NO RENOVABLE DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES? SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNTO TIEMPO? _____. ESTA NUEVA COBERTURA JUNTO CON CUALQUIER COBERTURA ANTERIOR DE CORTO PLAZO NO PUEDE EXCEDER DE 12 MESES.

No se puede cambiar esta solicitud por ninguna persona que no sea el Solicitante a menos que la autorización se haya dado por escrito por parte del Solicitante.

**Plan Médico a Corto Plazo “Amigo”
Adenda al Formulario de Inscripción
Usarse en ME**



(Herein referred to as HCC Life)

NINGUNA RESTITUCIÓN POR CONDICIONES PREEXISTENTES: Ningunos beneficios serán provistos por Condiciones Preexistentes mientras esta póliza esté vigente.

Esta póliza provee cobertura sólo para un período de corta duración. No es renovable esta póliza.

Cobertura bajo esta póliza de seguro médico de corto plazo no se considera cobertura acreditativa para cualquier otro seguro médico para individuos. Esto quiere decir que la cobertura bajo esta póliza se considerará un lapso en su cobertura médica. Usted no podrá limitar ni aplicar la cobertura a cualquier período de espera relativo a condiciones preexistentes estipulado por cualquier póliza para individuos que se expidiere después de la terminación de cobertura bajo esta póliza. Sin embargo, la cobertura bajo la póliza de seguro médico de corto plazo se considerará cobertura acreditativa para seguro médico colectivo que se expidiere después de la terminación de esta póliza.