



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

RESPALDADO POR:
HCC LIFE
225 TownPark Drive,
Suite 145
Kennesaw, Georgia 30144

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

HCC Life HealthCare Options
P.O. Box 863
Indianápolis, IN 46206

- 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 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"/>	<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% 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Aplica lo siguiente a usted o cualquier solicitante? a. Se encuentra embarazada, en el proceso de adoptar o en el curso de tratamiento de infertilidad. b. 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 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 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 extenderle cobertura. Gracias por su consideración.	

Para información del producto o asistencia con este formulario, por favor, comuníquese con:

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
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 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 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 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 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 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.

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

Firmado por Agente Asignado por HCC Life:	Sólo para el Uso del Administrador del Plan:
	PBC 6OR.210.08.08 Código:

Plazo de cobertura no deberá exceder de 180 días.