



**Formulario de Inscripción del  
Plan Médico de Corto Plazo “Amigo”**  
Usarse en AL, AR, AZ, DC, DE, FL, HI, IA, ID, IL, MS, NC,  
NE, NM, OK, PA, RI, SC, TN, TX, WI, WV y WY



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

Insurance Services of America  
1757 E. Baseline Rd. Suite 126  
Gilbert, AZ 85233

- 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 inscribir en línea o por comunicarse con nosotros.

<b>Datos Personales</b> 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
<b>Deducible</b>	<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) _____
<b>Coaseguro</b>	<input type="checkbox"/> 80% de \$5,000 <input type="checkbox"/> 50% de \$5,000	
<b>Fecha Efectiva Solicitada (mm/dd/aa)</b>	___/___/___	

<b>Preguntas Médicas</b>	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 (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
<b>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.</b>	

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

Insurance Services of America  
1757 E. Baseline Road Suite 126  
Gilbert, AZ  
Phone: 480-821-9052  
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 Meses / Días de Cobertura	n/a	I
J	H x I =	n/a	J
K	Cargo Administrativo	K \$10.00	K \$10.00
L	<b>Total Por Pagar</b>	<b>Mensual: H + K =</b> <b>Diario: J + K =</b>	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	
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 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 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 el Certificado de Seguro y que puedo obtener una copia completa del Certificado de Seguro pidiéndoselo 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 confiere 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.

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

Firmado por Agente Asignado por HCC Life:	Sólo para el Uso del Administrador del Plan:
	PBC 612.210.02.09      Código: 9870

**AVISO. Cualquier persona que conscientemente:** **Arizona y Arkansas:** presente una reclamación falsa o fraudulenta para 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 conscientemente 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 de 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 conscientemente 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 conscientemente hechos o información falsa, incompleta, o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar a 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 conscientemente 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 a División de Seguros de Colorado la cual es parte del Departamento de Agencias Reguladora. **Distrito de Columbia, Tennessee y Virginia:** Es delito proveer conscientemente 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 asegurador puede denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionara información falsa directamente relacionada a la reclamación. **Maine:** Es delito proveer conscientemente 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.