

# Formulario de inscripción y cambio para el empleado



## Productos Especiales para grupos pequeños de 2-50 afiliados

Utilice este formulario si no está solicitando cobertura médica.

Número del grupo  

--	--	--	--	--	--	--	--

Para su conveniencia, este formulario simple puede usarse para inscripciones o cambios en cobertura(s) dental, óptica, así como seguro de vida y discapacidad. Complete con tinta, usando sólo letras mayúsculas. Para evitar demoras, conteste todas las preguntas completamente, sin olvidar firmar y fechar su solicitud y devuélvala a su empleador. Tiene la opción de desprender la declaración de salud al final de esta solicitud, y presentar esa página a su empleador en un sobre sellado.

Número de seguro social  

--	--	--	--	--	--	--	--

### 1a. Cobertura dental... pregunte a su empleador cuáles planes dentales están disponibles, y marque su selección:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 1                | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 1                |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 1 con ortodoncia | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 1 con ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 2                | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 2                |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 3                | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 3                |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 3 con ortodoncia | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 3 con ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Option 4                | <input type="checkbox"/> Anthem Blue Dental PPO Plus Option 4                |

Otro plan:  

--

### 1b. Cobertura de la vista... pregunte a su empleador cuáles planes de la vista están disponibles, y marque su selección:

- Blue View      0       Blue View Plus

### 1c. Cobertura de seguro de vida y discapacidad... pregunte a su empleador cuál(es) cobertura(s) se ofrecen, y marque su(s) selección(es):

- |  |   |   |                                   |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida y AD&D (muerte accidental y desmembramiento) | <input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo | <input type="checkbox"/> Seguro de vida suplementario (seleccione uno): |                                   |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes                            | <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo | <input type="checkbox"/> \$15,000                                       | <input type="checkbox"/> \$25,000 |
| <input type="checkbox"/> Paquete de protección (ProtectionPack)                      | <input type="checkbox"/> \$50,000                   | <input type="checkbox"/> \$100,000                                      |                                   |

Nombre del beneficiario principal	Relación	Número de seguro social	Porcentaje*
Nombre del beneficiario principal	Relación	Número de seguro social	Porcentaje*
Nombre del beneficiario contingente	Relación	Número de seguro social	Porcentaje**
Nombre del beneficiario contingente	Relación	Número de seguro social	Porcentaje**

\*Si elige varios beneficiarios Principales, el total debe sumar 100%

Use una hoja separada, si es necesario, para indicar beneficiarios adicionales.

\*\*Si elige varios beneficiarios Contingentes, el total debe sumar 100%

### 2. Información del empleado... proporcione la información necesaria para procesar su solicitud (debe completarla el empleado):

Razón por la cual presenta la solicitud:

- Nueva inscripción       Cambio de cobertura       Cambio de beneficiario       Cambio de información personal

COBRA: Evento calificador \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_

Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social o de afiliado
Dirección postal para la correspondencia del afiliado, Núm. de Apt.		Dirección física para correspondencia con el afiliado, Núm. de Apt.	
Ciudad, Estado, Código postal		Seguro social del cónyuge	
Nombre del empleador		Número de teléfono del domicilio ( )	
Ocupación/Título del trabajo		Número de teléfono del trabajo ( )	
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo	Sueldo (requerido) \$	<input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Anual
		Cantidad de horas trabajadas por semana	Dirección de correo electrónico

**3. Información de inscripción...** proporcione la información necesaria para inscribirse usted y su(s) dependiente(s):

Sexo	Apellido	Nombre de pila	Inicial del segundo nombre	Estatura	Peso	Fecha de nacimiento	¿Discapacitado?	Marque si corresponde; vea las notas a continuación para otros detalles.
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Empleado						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Cónyuge						<input type="checkbox"/> Sí <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Retener apellido <input type="checkbox"/> Consensual <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Otro dependiente						<input type="checkbox"/> Sí <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mayor de edad <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Orden judicial <sup>4</sup>
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Otro dependiente						<input type="checkbox"/> Sí <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mayor de edad <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Orden judicial <sup>4</sup>
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Otro dependiente						<input type="checkbox"/> Sí <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mayor de edad <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Orden judicial <sup>4</sup>
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija	Otro dependiente						<input type="checkbox"/> Sí <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mayor de edad <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Orden judicial <sup>4</sup>

**Notas:** Información o anexos adicionales necesarios:

- Incluya el Formulario de dependiente mental o físicamente discapacitado.
- Incluya la Declaración jurada de matrimonio consensual.
- Ponga sus iniciales en la Declaración jurada de dependiente mayor de edad en la Sección 6.
- Incluya copia de los documentos del tribunal.

Si alguno de los dependientes que se inscriben no vive en la dirección indicada en la Sección 2 en la página 1, proporcione su(s) dirección(es) en una hoja separada.

**4. Rechazo...** complete esta sección sólo si desea rechazar cobertura(s) para usted y/o dependiente(s) cubierto(s):

Tipo de cobertura:	Rechazado para:	Indique "A", "B", "C", etc., según la lista a continuación para identificar la razón por la cual rechazó (puede exigirse evidencia de otra cobertura).
Plan dental	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s)	A Cubierto por otro plan de grupo; la aseguradora y la identificación son: _____
Plan de la vista	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s)	B Cubierto por una póliza individual; la aseguradora y la identificación son: _____
Seguro de vida	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Dependiente(s)	C Cubierto por seguro de servicio militar
Discapacidad	<input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Dependiente(s)	D No tengo otra cobertura de seguro y no me interesa
		E Otro: _____

**ENTIENDO QUE:**

- Si no acepto la cobertura de salud para mí y/o mi(s) dependiente(s) (incluyendo a mi cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico de grupo o individual, es posible que pueda inscribirme en este plan yo y/o mi(s) dependiente(s) más adelante, siempre y cuando pida la inscripción dentro de 31 días después de una circunstancia calificadora. Además, si tengo un nuevo dependiente por razones de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirme yo y mi(s) dependiente(s), siempre y cuando pida la inscripción dentro de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.
- Puede que se me exija presentar información adicional a pedido.
- Si rechazo la cobertura de seguro de vida y/o discapacidad por cualquier razón, mi(s) dependiente(s) y yo podremos inscribirnos en el futuro como participantes tardíos solamente si presentamos evidencia satisfactoria de asegurabilidad.

**Certifico** por la presente que se me ha dado la oportunidad de participar en el(los) plan(es) de seguro de grupo de mi empleador suscrito(s) por la(s) compañía(s) indicada(s) en esta solicitud de inscripción. Se me ha explicado el plan, y rechazo participar.

X \_\_\_\_\_  
Firma del empleado si rechaza la cobertura para sí mismo/dependiente(s)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**5a. Otra cobertura...**

proporcione la información solicitada si usted o su(s) dependiente(s) tienen, o han tenido en los últimos 90 días, alguna cobertura aparte de la cobertura que se solicitó:

Nombre de la persona cubierta	TIPO (marque uno)		COBERTURAS (marque todo lo que corresponda)		Nombre de la aseguradora	ESTADO (marque uno)		FECHAS (si corresponde)	
	Individual	Grupo	Dental	Recetas		Tengo ahora y pienso mantenerlo	Tuve en los últimos 90 días	Inicio (mm/dd/aa)	Fin (mm/dd/aa)

**6. Declaración jurada de dependientes mayores de edad**

Al poner mis iniciales a continuación, confirmo y testifico que mi(s) dependiente(s), incluyendo dependiente(s) mayor(es) de edad de 19 a 24 años, es/son solteros y económicamente dependiente(s) de mí; o, sin importar la edad, es/son económicamente o de otra manera dependiente(s) de mí debido a discapacidad mental y/o física; o es/son dependiente(s) de mí debido a una orden judicial y por lo tanto es/son elegible(s) para la cobertura conforme a la póliza que estoy solicitando. Entiendo que soy responsable de notificar a Anthem Blue Cross and Blue Shield o a HMO Colorado dentro de 31 días sobre cualquier cambio en el estado de mi(s) dependiente(s). Entiendo que la cobertura se determina según la situación real en el momento en que se presten los servicios, y si mi(s) dependiente(s) no califica(n) como dependiente(s) cuando se prestan los servicios, los cargos por dichos servicios no son reembolsables por Anthem Blue Cross and Blue Shield o HMO Colorado y pueden pasar a ser de mi exclusiva responsabilidad. También entiendo que la elegibilidad de los dependientes mayores de edad debe renovarse cada año hasta que se cumpla la edad límite máxima, según lo especifica el certificado. Entiendo que Anthem Blue Cross and Blue Shield o HMO Colorado se reservan el derecho de solicitar, en cualquier momento, la dependencia como mayor de edad.

Iniciales \_\_\_\_\_

**7. Autorización... la siguiente autorización debe ser firmada por TODOS LOS EMPLEADOS que piden cobertura:**

La declaración siguiente corresponde a los grupos totalmente asegurados en Colorado, con 50 empleados como máximo: LA LEY DE SEGUROS DE COLORADO ESTABLECE QUE TODOS LOS PROVEEDORES EN EL MERCADO DE LOS GRUPOS PEQUEÑOS, DEBEN OFRECER CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA QUE COMERCIALIZEN EN COLORADO A PEQUEÑAS EMPRESAS DE 2 A 50 EMPLEADOS, MISMO QUE DEBE INCLUIR UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, A PEDIDO DE LA PEQUEÑA EMPRESA, A TODO EL GRUPO PEQUEÑO, INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO DE SALUD DE CUALESQUIERA DE LOS INDIVIDUOS DEL GRUPO. NO ES POSIBLE RECHAZAR GRUPOS COMERCIALES QUE CONSTEN DE UN SOLO INDIVIDUO BAJO UN PLAN BÁSICO O ESTÁNDAR DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LOS PERÍODOS DE INSCRIPCIÓN, SEGÚN LO ESPECIFICA LA LEY.

Resulta ilegal proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa, o información a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las penas pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas entregue datos o información falsa, incompleta o engañosa a un titular de póliza o reclamante con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a una resolución o fallo por pago de seguros se reportará a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Por la presente autorizo a que:

1. a petición de Anthem Blue Cross and Blue Shield, todo proveedor de servicios o suministros médicos, compañía de seguros, organización, institución o persona puede divulgar información a Anthem acerca de servicios y suministros relacionados con la salud que haya recibido yo o personas cubiertas con mi cobertura de salud, o personas que vayan a estar cubiertas por mi cobertura de salud. Esta autorización no se extenderá a la divulgación de las notas que haya tomado un proveedor durante sesiones de psicoterapia que se mantengan separadamente del resto del expediente médico del proveedor;
2. los departamentos de evaluación médica y suscripción o los agentes de Anthem, al recibir esta información, pueden usarla para revisar, investigar o evaluar cualquier solicitud para una póliza de seguro, una petición de restablecimiento o una petición de cambio en los beneficios de la póliza;
3. a menos que se revoque previamente, esta autorización es válida durante 24 meses desde la fecha en que la firmé; y
4. si la pido, hay una copia de esta autorización a mi disposición, o a la disposición de mi representante autorizado, la cual servirá como el original.

Autorizo por la presente a mi empleador, hasta que se revoque esta autorización por escrito, a deducir por adelantado cada mes del sueldo ganado o acumulado que se me adeude, los importes que puedan ser necesarios para pagar las tarifas que estén actualmente vigentes o que vayan a estar vigentes en el futuro para la cobertura que estoy solicitando.

**SOLICITO COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y/O DISCAPACIDAD:** Entiendo que presento esta solicitud a Anthem Life Insurance Company y que si corresponde una o varias de las siguientes circunstancias, Anthem Life utilizará la información del historial médico de esta solicitud para determinar si se me ofrecerá el seguro de vida y/o discapacidad: 1) la fecha de esta solicitud es más de treinta y un (31) días después de mi fecha de elegibilidad para la cobertura; 2) el monto de la cobertura de seguro de vida a término que estoy pidiendo supera el límite de emisión garantizado; 3) estoy pidiendo cobertura de discapacidad a largo plazo y mi empleador tiene menos de 6 empleados inscritos. Entiendo que si no estoy trabajando activamente en la fecha en que mi seguro vaya a entrar en vigencia, el seguro no estará vigente hasta que yo vuelva al trabajo activo.

Firma del empleado (si solicita cobertura de seguro de vida y/o discapacidad): X \_\_\_\_\_

Entiendo que la cobertura que estoy pidiendo está sujeta a requisitos de elegibilidad. Reconozco que he leído todas las secciones de esta solicitud, incluyendo la información en las páginas posteriores, y certifico que concuerdo con todos los asuntos cubiertos en las mismas. También reconozco que toda la información provista en esta solicitud es completa y correcta a mi más leal saber y entender. Entiendo y concuerdo con que esta solicitud pasará a formar parte del contrato entre Anthem Blue Cross and Blue Shield, HMO Colorado, y/o Anthem Life y yo.

Firma del empleado	Fecha	Firma del cónyuge (si pide cobertura)	Fecha
--------------------	-------	---------------------------------------	-------

## 8. Autorización del empleado, aviso y declaraciones para la cobertura de seguro de vida y/o discapacidad

Mi firma en la página 4 de esta solicitud indica que estoy de acuerdo con la autorización que aparece a continuación.

Entiendo que Anthem Life Insurance Company (Anthem Life) puede reunir información personal sobre mí de fuentes externas y que sólo puede divulgarse información personal y privilegiada a partes externas sin mi autorización si las leyes federales y estatales permiten dicha divulgación. También entiendo que bajo las leyes federales y estatales aplicables, tengo derecho a ver y corregir información personal que reúna Anthem Life sobre mí, y que puedo recibir una descripción más detallada de mis derechos según estas leyes al escribir a Anthem Life.

Para los fines de evaluar mi declaración de salud para la cobertura de Anthem Life, autorizo por la presente a cualquier médico con licencia, practicante médico, hospital, clínica u otra instalación médica o relacionada médicamente; compañía de seguros; el Medical Information Bureau, Inc.; u otra organización, institución o persona que tenga cualquier registro o conocimiento de mí o mi salud o la de mi familia para quien se efectúa esta declaración de salud o su salud para dar a Anthem Life o a sus reaseguradoras cualquier información de este tipo. También autorizo a Anthem Life o a sus reaseguradoras para divulgar cualquier información referente a mí o a mi salud o la de mi familia por quien presente solicitud de seguro ante Medical Information Bureau Inc.; u otras empresas de seguros de vida con las cuales tengo pólizas o a quienes pueda presentar solicitudes; y otras aseguradoras a las cuales puedan presentarse reclamaciones de beneficios. Entiendo que esta información la usará Anthem Life para determinar la elegibilidad para el seguro. Esta información incluye cualquier registro o conocimiento sobre historial médico, incluyendo información contenida en registros relacionados con servicios delicados como salud mental, psiquiatría, abuso de sustancias y salud reproductiva, además de información sobre el virus VIH o SIDA, o enfermedades transmitidas sexualmente u otras contagiosas. Esto incluye, entre otros, todos los registros de visitas a consultorio, exámenes, tratamiento, evaluación, diagnóstico y análisis de laboratorio, informes, consultas, expedientes de hospital, registros de tratamiento por abuso de sustancias, asesoría psiquiátrica, notas, correspondencia y seguro e información de facturación por tratamientos o servicios prestados por cualquier proveedor. Para los fines de procesar esta solicitud, esta solicitud será válida desde la fecha en que se firme por un plazo de 30 meses, y una fotocopia de esta autorización será igualmente válida que el original. Entiendo que puedo pedir una fotocopia. Para los fines de procesar una reclamación según esta cobertura, esta autorización es válida mientras dure la reclamación.

Certifico que he leído, o se me ha leído, la declaración de salud completada y que me doy cuenta de que cualquier aseveración falsa o engañosa en la declaración de salud puede producir la pérdida de cobertura conforme a la póliza.

### DECLARACIONES DEL EMPLEADO PARA LA COBERTURA DE SEGURO DE VIDA Y/O DISCAPACIDAD

Su firma en esta solicitud indica que usted concuerda con las declaraciones siguientes:

1. A menos que se indique aquí lo contrario, si se nombra a uno o varios beneficiarios del seguro de vida, los fondos se pagarán en partes iguales a los beneficiarios nombrados que sobrevivan al asegurado. El pago de fondos se efectuará conforme a los términos del contrato de grupo sujeto a cambios que yo envíe mediante aviso por escrito a mi empleador.
2. Estas coberturas entrarán en vigencia en la fecha establecida por las disposiciones del contrato de grupo y los certificados emitidos conforme a las mismas. Entiendo que al solicitar el tipo de cobertura seleccionado, autorizo la deducción de mi sueldo, si es necesario, para la prima requerida de la cobertura que he solicitado.
3. Soy responsable de la notificación puntual a mi empleador de cualquier cambio que me hiciera a mí o a uno de mis dependientes no elegible para la cobertura.
4. Estoy pidiendo la cobertura seleccionada en esta solicitud. Si selecciono una cobertura, o una combinación de coberturas, que no tengo a mi disposición y/o en una clase para la cual no califico, concuerdo en que mi(s) selección(es) se enmienda(n) automáticamente según la presente para concordar con la solicitud del empleador.
5. Entiendo que Anthem Life se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud y que no se crea ningún derecho en absoluto a través de esta solicitud.

Reconozco que he leído las disposiciones precedentes y acepto expresamente dichas disposiciones como condición de cobertura. Declaro que las respuestas dadas a todas las preguntas de esta solicitud son verdaderas y correctas a mi más leal saber y entender, y comprendo que la aseguradora confía en ellas para aceptar esta solicitud. Entiendo que cualquier declaración errada o falta de reportar información médica nueva antes de mi fecha de vigencia puede producir cambios materiales en la cobertura o las tarifas de prima. Cualquier declaración material engañosa u omisión significativa que se encuentre en esta solicitud puede causar el rechazo de los beneficios o la revocación o cancelación de mi(s) cobertura(s). Una fotocopia es igualmente válida que el original.

Doy esta declaración por mí y en mi propia representación y la de mis dependientes elegibles, incluyendo a mis hijos y mi cónyuge si los cubre el plan. Actúo como su agente y representante.

El empleado y cualquier persona autorizada para actuar en representación del empleado tienen derecho a recibir una copia de esta declaración y se les entregará una copia de esta solicitud si la piden.

### AVISO IMPORTANTE

La información referente a su asegurabilidad se tratará como confidencial. Sin embargo, Anthem Life o sus reaseguradoras pueden efectuar un informe breve sobre el mismo al Medical Information Bureau (MIB), una organización sin fines de lucro de afiliación de compañías de seguros, la cual opera un intercambio de información para sus integrantes. Si usted presenta una solicitud ante otra compañía integrante de MIB para cobertura de seguro de vida o de salud, o una reclamación de beneficios a dicha compañía, MIB, a petición, entregará a dicha compañía la información en sus archivos.

Al recibir una petición de usted, MIB dispondrá la divulgación de toda información que pueda tener en su archivo. Póngase en contacto con MIB llamando al 866-692-6901 (TTY 866-346-3642). Si usted objeta la corrección de la información que contiene el archivo de MIB, puede ponerse en contacto con MIB y procurar que se corrija conforme a los procedimientos establecidos en la Ley federal de informe justo de crédito [Fair Credit Reporting Act]. La dirección de la oficina de información de MIB es PO Box 105, Essex Station, Boston, MA 02112.

Anthem Life o sus reaseguradoras también pueden divulgar información en su archivo a otras compañías de seguros a las cuales usted puede presentar solicitudes de seguro de vida o de salud o a las cuales reclame beneficios. Puede convenirle conservar una copia de esta declaración para sus archivos.

NO se requiere que usted comparta esta información con su empleador. A su discreción, puede devolver esta solicitud completada en un sobre sellado. Escriba su nombre en la cara externa del sobre para facilitar la identificación.

Responda a las siguientes preguntas, a su mejor entender. En la página siguiente, indique los detalles completos, en caso de haber respondido "Sí" a cualquiera de las preguntas que aparecen a continuación. La fecha en que se firme esta solicitud será la fecha que deberá usar al responder preguntas que le piden que proporcione un historial previo para un período de tiempo determinado.

Este cuestionario de salud deberá ser actualizado para incluir cualquier cambio en el estado de salud que ocurra entre la fecha de la solicitud y la fecha de vigencia.

¿Está usted, su cónyuge o cualquiera de sus hijas dependientes actualmente embarazada, o está esperando el alumbramiento?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", indique la fecha estimativa del alumbramiento:				¿Se esperan mellizos u otros nacimientos múltiples?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En los últimos 5 años, ¿alguna persona incluida en esta solicitud ha sido tratada o diagnosticada por un profesional médico como persona con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o con el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS)?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna persona nombrada en esta solicitud ha utilizado productos de tabaco durante los últimos 12 meses?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:					
Nombre(s):				<input type="checkbox"/> Cigarros	<input type="checkbox"/> Tabaco de mascar
				<input type="checkbox"/> Pipa/Puros	
¿Duración?		¿Frecuencia?			
En los últimos 5 años, alguna persona nombrada en esta solicitud ha sido evaluada o tratada por alcoholismo o dependencia química; o se ha unido a alguna organización para el alcoholismo o la dependencia química; o ha usado drogas ilegales; o ha sido aconsejado por un profesional de cuidados de la salud que reduzca el uso del alcohol o de las drogas ilegales?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En los últimos 5 años, alguna persona nombrada en esta solicitud ha sufrido alguna lesión como resultado de un accidente automovilístico o relacionado con el trabajo?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dentro de los últimos 5 años, ¿alguna persona que está solicitando cobertura ha sido aconsejada, o ha pedido una consulta o ha sido tratada para cualquiera de los siguientes:					
1. Enfermedad o trastorno del corazón, isquemia, trastorno circulatorio, dolor torácico, alta o baja presión sanguínea, anemia o trastorno de la sangre, niveles elevados de colesterol y/o triglicéridos, o cualquier otro problema del sistema circulatorio?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Úlceras, trastorno estomacal, trastorno del hígado/páncreas, hernia, trastorno de la vesícula, trastorno rectal, trastorno intestinal, trastorno esofágico, hepatitis, colitis, enfermedad de Crohn o cualquier otro problema del sistema digestivo?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. Trastorno del tracto urinario/riñón/vejiga, trastorno de la próstata, insuficiencia renal, trastorno menstrual, trastorno genital, disfunción sexual, infertilidad, diálisis, enfermedad transmitida sexualmente, complicaciones debidas al embarazo (por ejemplo, nacimiento prematuro, aborto espontáneo, cesárea), trastorno de los pechos o cualquier otro problema del sistema genitourinario?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Trastorno del tejido conector, trastorno de la tiroides, trastorno adrenal, diabetes, agrandamiento de los nodos linfáticos, trastorno del sistema linfático, trastorno pituitario, cualquier trastorno del crecimiento o cualquier otro problema del sistema endocrino?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Alergia(s), asma, enfisema, trastorno sinusal o nasal, enfermedad o trastorno pulmonar, respiración entrecortada, apnea del sueño o cualquier otro problema del sistema respiratorio?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. Artritis, fibromialgia, trastorno de la espalda/cuello, trastorno de las articulaciones/huesos, trastorno de la rodilla, túnel carpiano, trastorno de la piel, síndrome de fatiga crónica o cualquier otro problema musculoesquelético?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Trastorno del cerebro, aneurisma, parálisis, trastorno del sistema nervioso central, parálisis cerebral, epilepsia u otro ataque apoplético, dolores de cabeza, esclerosis múltiple o cualquier otro problema del sistema nervioso?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. Cáncer, tumor, crecimiento anormal, quiste o carcinoma in situ?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. Trastorno ocular o auditivo?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del empleado:			Nombre del empleador:		

10. Trastorno de déficit de atención, trastorno psicológico, intento de suicidio, depresión, ansiedad, autismo o cualquier otro problema de salud conductual o enfermedad mental con base biológica (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo específico, trastorno del pánico)?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. Transplante o implante de órgano o de otro tipo (incluidos los implantes mamarios), bypass gástrico, deformidad o defecto físico incluido labio leporino o fisura palatina, dispositivo protésico, trastorno congénito, síndrome de Down?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. En los últimos 5 años, ¿alguna persona nombrada en esta solicitud a ser cubierta por esta cobertura ha sufrido alguna otra lesión, enfermedad o tratamiento para cualquier afección aún no enumerada; ha estado hospitalizada o programada para la hospitalización; ha sido sometido a cirugía o ha sido programado para cirugía; ha sido sometido a una prueba o ha sido programado para una prueba; o ha recibido una recomendación de someterse a una prueba o a una cirugía que no fue realizada por cualquier razón aún no mencionada en esta solicitud? NO estamos buscando obtener los resultados de la prueba de anticuerpos al VIH.				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas o afecciones de la página anterior, haga una lista y proporcione los detalles completos en el espacio provisto a continuación.

(Adjunte páginas adicionales según resulte necesario. Escriba su nombre en letras de imprenta, y firme y feche las páginas adicionales.)

Nombre de la persona	Fecha(s) de tratamiento	Número de pregunta	Indique los detalles completos para cada pregunta a la cual ha respondido "Sí", indique la afección, duración y grado de recuperación. Si se trata de un accidente o lesión, indique también si fue automovilístico o relacionado con el trabajo.	Nombre y dirección del médico a cargo u otro proveedor de cuidado de la salud.

Si alguna persona nombrada en esta solicitud está tomando medicamentos o fue recetado o recomendado algún medicamento durante el período de tiempo relacionado con su respuesta (es decir, los últimos 5 años o tomándolos actualmente), indique todos estos medicamentos, dosis y la afección médica que está siendo tratada o fue tratada por cada medicamento en el espacio provisto a continuación.

(Adjunte páginas adicionales según sea necesario, y firme y feche las páginas adicionales.)

Nombre de la persona	Nombre, dosis y frecuencia del medicamento (incluya la enfermedad o la afección para la cual fue recetado el medicamento)	Fecha(s) en que se tomó el medicamento (indique si es de uso permanente)	Nombre y dirección del médico u otro proveedor licenciado de cuidado de la salud que recetó el medicamento