

# SOLICITUD PARA COBERTURA DE INCAPACIDAD

| MODO DE PAGO |                          |                    |                          |
|--------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| ANUAL        | <input type="checkbox"/> | CHEQUE             | <input type="checkbox"/> |
| SEMI ANUAL   | <input type="checkbox"/> | TARJETA DE CREDITO | <input type="checkbox"/> |

| NOMBRE DEL SOLICITANTE |    |          | PARENTESCO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO |     |     | EDAD | ALTURA | PESO |
|------------------------|----|----------|------------|------|---------------------|-----|-----|------|--------|------|
| NOMBRE                 | I. | APELLIDO |            |      | DIA                 | MES | AÑO |      |        |      |
| 1                      |    |          |            |      |                     |     |     |      |        |      |
| 2                      |    |          |            |      |                     |     |     |      |        |      |
| 3                      |    |          |            |      |                     |     |     |      |        |      |
| 4                      |    |          |            |      |                     |     |     |      |        |      |
| 5                      |    |          |            |      |                     |     |     |      |        |      |
| 6                      |    |          |            |      |                     |     |     |      |        |      |
| 7                      |    |          |            |      |                     |     |     |      |        |      |
| 8                      |    |          |            |      |                     |     |     |      |        |      |

|   | NOMBRE DEL SOLICITANTE | BENEFICIO MENSUAL | PRIMAS POR PERSONA | PRIMA TOTAL |
|---|------------------------|-------------------|--------------------|-------------|
| 1 |                        |                   |                    |             |
| 2 |                        |                   |                    |             |
| 3 |                        |                   |                    |             |
| 4 |                        |                   |                    |             |
| 5 |                        |                   |                    |             |
| 6 |                        |                   |                    |             |
| 7 |                        |                   |                    |             |
| 8 |                        |                   |                    |             |
|   | <b>TOTALES:</b>        |                   | \$                 | \$          |

|   |                         |                           |
|---|-------------------------|---------------------------|
| <b>Dirección de Residencia (Incluyendo Ciudad y País)</b> | <b>Dirección Postal</b> | <b>Número de Teléfono</b> |
|   |                         | Número de Fax             |
|   | Correo Electrónico      |                           |

|                                     |                            |                           |
|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Nombre y Dirección de Empleo</b> | <b>Ocupación y Deberes</b> | <b>Número de Teléfono</b> |
|                                     |                            | Número de Fax             |
|                                     | Correo Electrónico         |                           |

|                            |    |                      |    |
|----------------------------|----|----------------------|----|
| <b>TOTAL DE PRIMAS (A)</b> | \$ | <b>PRIMA ANUAL</b>   | \$ |
|                            | \$ | <b>FACTOR MODAL</b>  | X  |
|                            |    | <b>PRIMA A PAGAR</b> | \$ |

| 1. ALGUNA VEZ A ALGUNA DE LAS PERSONAS PROPUESTAS PARA ASEGURARSE SE LE HA RECOMENDADO O HA RECIBIDO CONSULTAS, CUIDADOS O TRATAMIENTO MEDICO, O TOMA ALGUN MEDICAMENTO PARA:<br>(Por favor, circule cada condición) |  | SI        | NO        | Detalle las preguntas afirmativas para cada solicitante, incluyendo diagnósticos, fechas, duración, y nombre y direcciones de todos los médicos que le atendieron y facilidades médicas, clínicas u hospitales. |
|--|--|-----------|-----------|---|
| a.   | Corazón o sistema circulatorio, dolor en el pecho, presión arterial alta, angina de pecho, falta de respiración, fiebre reumática, defecto cardíaco, enfermedad de las venas o de las arterias?  |           |           |   |
| b.   | Enfermedades pulmonares, asma, bronquitis, tos crónica, tuberculosis o alergias?   |           |           |   |
| c.   | Enfermedades o trastornos del bazo, páncreas, estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar, úlcera, colitis, hemorroides, colon, hepatitis, diverticulitis?                                     |           |           |   |
| d.   | Trastornos renales, enfermedades del tracto urinario, albúmina o sangre en la orina, desórdenes de la vejiga?  |           |           |   |
| e.   | Trastornos músculo - esqueléticos o dolores de espalda, reumatismo, artritis, gota, lumbago, osteoporosis, deformidad, hernia o desórdenes de la piel?   |           |           |   |
| f.   | Cáncer, tumores, cualquier trastorno sanguíneo o leucemia?   |           |           |   |
| g.   | Otitis, desviación del tabique nasal, trauma nasal?  |           |           |   |
| h.   | Trastornos endocrinos, desórdenes de la tiroides, bocio, diabetes, azúcar en la orina o inflamación de los nódulos linfáticos?   |           |           |   |
| i.   | Enfermedades transmitidas sexualmente, o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o CRA (Complejo Relacionado al SIDA) ?  |           |           |   |
| j.   | Trastornos del ciclo menstrual, de los senos, ovarios, útero, trompas de Falopio, cuello del útero, vagina, abortos, cesáreas, u otras?  |           |           |   |
| k.   | Enfermedades o trastornos del sistema reproductor, la próstata, testículos, inflamación pélvica, endometriosis, u otras?   |           |           |   |
| l.   | Convulsiones, epilepsia, ataques, parálisis, o cualquier trastorno neurológico?  |           |           |   |
| <b>2. CUALQUIER PERSONA PROPUESTA PARA COBERTURA:</b>  |  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |   |
| a.   | Ha tenido exámenes de salud o de rutina? Alguna anormalidad?   |           |           |   |
| b.   | Ha sido paciente en un hospital, clínica o sanatorio, o alguien solicitando cobertura le han recomendado someterse a cirugía que está aún pendiente?   |           |           |   |
| c.   | Está actualmente tomando medicinas o bajo tratamiento médico, o le han advertido la posibilidad o necesidad de tratamiento futuro, ha tenido o tiene adicción a drogas, o alcoholismo? Explique. |           |           |   |
| d.   | Ha recibido alguna vez tratamiento por cualquier trastorno o condición no mencionada? Explique.  |           |           |   |
| e.   | Está actualmente cubierto por otra compañía de seguros de AD&D o Incapacidad ?   |           |           | Nombre de la Compañía:  |
| f.   | Alguna persona propuesta para asegurarse intenta reemplazar o cambiar una póliza en conexión con esta solicitud?   |           |           | Fecha de terminación? ____/____/____  |
| g.   | Ha estado alguna vez incapacitado por 90 días o mas o ha presentado antes alguna reclamación por incapacidad?  |           |           |   |
| h.   | Está actualmente en buenas condiciones físicas, sin defectos, o daños?   |           |           |   |
|  |  |           |           |   |

|   |      |   |                     |
|---|------|---|---------------------|
| 3. Nombre del médico personal o familiar: |      | 4. Estudiantes: A tiempo completo, entre 18 y 25 años |                     |
| Nombre:                                   |      | Nombre del Estudiante                                 | College/Universidad |
| Dirección                                 |      |   |                     |
|   |      |   |                     |
| Teléfono                                  | Fax: | <i>Debe someter prueba del status de Estudiante</i>   |                     |

### **DECLARACION DEL SOLICITANTE**

Certifico que todas las respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas, completas y correctas y que entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier error u omisión en las respuestas constituirán razón para que la aseguradora rechace una reclamación, e invalide o cancele cualquiera de las coberturas de seguro solicitadas. En caso de que la aseguradora cancele o en alguna forma invalide la cobertura de seguro solicitada como resultado de no haber declarado una historia médica anterior o condiciones médicas pre-existentes, la aseguradora se reserva el derecho a recuperar del solicitante todos los costos y honorarios incurridos en la investigación razonable de esos asuntos no totalmente declarados.

Comprendo que el agente que recibe esta solicitud no tiene autoridad para modificar o eliminar ninguna porción de esta solicitud o ninguna cobertura, condición o restricción contenida en la póliza de seguro solicitada, y que toda la información requerida en la solicitud debe ser establecida en la solicitud. También entiendo que esta solicitud será parte de la póliza de seguro a emitirse, y que la aseguradora utilizará la información contenida en la misma para determinar si la póliza de seguro solicitada será emitida o no.

Comprendo que el agente/corredor tomando esta solicitud para mí es el representante de, y actúa a mi favor, y no para la compañía administradora, ni a la compañía de seguros que está ofreciendo este seguro. Ni la compañía administradora ni la compañía ofreciendo este seguro pueden ser considerados responsables por cualquier circunstancia, si el agente o corredor fallara, ahora o en el futuro, en transmitir o comunicar cualquier documentación o fondos de la compañía administradora, hacia mí, y/o cualquier documentación o fondos de mí para la compañía administradora.

Queda entendido que el seguro solicitado no estará vigente hasta que la solicitud sea aprobada y aceptada por la aseguradora, el pago total de la prima del primer término se haga, y la póliza sea emitida sujeta a todas las condiciones y restricciones aquí contenidas.

Comprendo que esta póliza no está disponible a residentes permanentes de los Estados Unidos u otros que residan en los Estados Unidos.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **AUTORIZACION MEDICA**

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica, cualquier institución médica o relacionada con la medicina, el *Medical Information Bureau, Inc.* (MIB-Buró de Informaciones Médicas), y otras organizaciones, agencias de reportes al consumidor, compañía de seguro o reaseguro, institución o persona que tenga conocimiento de mí o de mi salud, incluyendo a cualquier miembro de mi familia, a facilitar a *la compañía administradora* en su carácter de administradores de mi compañía de seguro, o cualquier compañía de reaseguro o sus representantes legales, cualquiera y toda la información. La naturaleza de la información autorizada a ser revelada incluye información sobre todas las evaluaciones médicas, atención, tratamiento, diagnósticos o consultas proveídas al asegurado que suscribe, o mis dependientes. Comprendo que la información obtenida mediante esta autorización será usada por *la compañía administradora* los aseguradores y sus reaseguradores, para determinar mi elegibilidad. Instruyo que a una copia de esta autorización se le conceda la misma fuerza y efecto que al original. Esta autorización permanecerá válida mientras esta póliza esté vigente.

FIRMA \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_ PROPUESTO  
 ASEGURADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL CONYUGE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Si va a asegurarse)

|  |                              |                  |
|--|------------------------------|------------------|
| <b>“ES REQUERIDA” LA FIRMA DEL AGENTE EN ESTA CERTIFICACION</b>  |                              |                  |
| Certifico que he proveído fielmente toda la información dada por el solicitante y que le he entregado una copia del folleto de seguro. |                              |                  |
| _____  | _____                        | _____            |
| AGENTE   | CODIGO<br>Correo Electrónico | FIRMA DEL AGENTE |