

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COLECTIVA/CAMBIO DE ESTADO PARA EMPLEADOS

Por favor tome nota que el completar este formulario no garantiza la cobertura.

FAVOR DE MANTENER UNA COPIA PARA SU DOCUMENTACIÓN.

### PARA EL USO DE DDIL/TRUASSURE SOLAMENTE

Fecha Efectiva \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Código de Tasa Dental \_\_\_\_\_ ASC \_\_\_\_\_  
Código de Tasa de Visión \_\_\_\_\_ COB \_\_\_\_\_

### TODOS LOS GRUPOS DEBERÁN COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Sub-localidad # \_\_\_\_\_ Clasificación del Empleado \_\_\_\_\_  
Fecha de Empleo \_\_\_\_\_ o Fecha de Re-empleo \_\_\_\_\_ Ocupación del Empleado \_\_\_\_\_  
Contacto del Grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Ingreso \$ \_\_\_\_\_ Favor de Indicar: Anual Mensual Semanal Por Hora  
Hrs. Trabajadas por Semana: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva de Petición: \_\_\_\_\_

### TODOS LOS SUSCRIPTORES DEBERÁN COMPLETAR LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN

Empleado Nuevo  Re-empleo  Inscripción Inicial  Inscripción Abierta  Cambio a la Inscripción  
 Terminación  Cambio de Estado Calificativo Describir: \_\_\_\_\_  
Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  M  F  
Nombre Apellido Inicial  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal  
Estado Civil:  Soltero  Casado  Otro \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

### PROVEA UNA LISTA DE DEPENDIENTES ELEGIBLES A SER CUBIERTOS

AÑADIR	TÉRMINO	NOMBRE	APELLIDO (si es diferente)	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	SEXO M o F	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
		2. Esposo/a:				
		3. Hijo/a:				
		4.				
		5.				
		6.				

Por favor indique las coberturas para las cuales está solicitando. La disponibilidad se basa sobre el plan de seguro seleccionado por su grupo.

TIPO:	SOLICITANDO PARA:	DECLINANDO PARA:
<b>COBERTURA DENTAL</b>  <b>PROVEIDO POR DELTA DENTAL DE ILLINOIS</b>  ¿Está usted solicitando para DeltaCare?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijos  ¿Tiene su esposo/a un plan dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Están cubiertos los dependientes por el plan de su esposo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Proveedor: _____ Si Delta Care: Nombre del Dentista: _____ Clave de la Instalación: _____ Domicilio: _____	<input type="checkbox"/> Empleado  <input type="checkbox"/> Dependientes Antedichos

TIPO:	SOLICITANDO PARA:	DECLINANDO PARA:
<b>COBERTURA PARA LA VISTA</b>	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependientes Antedichos
<b>COBERTURA DE SEGURO DE VIDA A TÉRMINO (COLECTIVO)</b> (incluye AD&D si es seleccionado por su empleador)	<input type="checkbox"/> Empleado Si es voluntario, \$ _____ o _____ multiplicado por su salario	<input type="checkbox"/> Empleado
<b>COBERTURA DE SEGURO DE VIDA A TÉRMINO (COLECTIVO) PARA DEPENDIENTES</b>	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijos Si es voluntario, Esposo/a \$ _____	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijos
<b>COBERTURA SUPLEMENTAL DE SEGURO DE VIDA A TÉRMINO (COLECTIVO)</b> (incluye AD&D suplemental, si es seleccionado por su empleador)	<input type="checkbox"/> Empleado \$ _____ <input type="checkbox"/> Esposo/a \$ _____ <input type="checkbox"/> Hijos  El empleado deberá también solicitar para seguro de vida a término (colectivo) y AD&D para ser elegible para cobertura de seguro de vida a término suplemental colectivo y AD&D. El empleado deberá solicitar también para seguro de vida a término colectivo, seguro de vida a término para dependientes y seguro de vida a término suplemental colectivo para ser elegible para cobertura de seguro de vida a término suplemental colectivo para dependientes.	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Esposo/a
<b>COBERTURA DE SEGURO COLECTIVO PARA DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO</b>	<input type="checkbox"/> Empleado Si es voluntario, \$ _____ (No deberá exceder el 60% del ingreso antes de la discapacidad)  ¿Hay alguna persona nombrada en esta solicitud discapacitada en este momento o incapacitada para desempeñar el trabajo normal o actividades relacionadas a su edad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    "Sí," por favor identifique los nombres, condiciones, fechas de discapacidad y nombres y domicilios de los médicos que atienden o atendieron a dicha persona y adjunte esta información a la solicitud.	<input type="checkbox"/> Empleado

## DATOS DEL BENEFICIARIO

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Favor de indicar por lo menos uno o más beneficiarios contingentes abajo si usted ha solicitado para Cobertura de Seguro de Vida a Término Colectivo, Cobertura para Muerte o Pérdida de Miembros Accidental (Siglas en inglés AD&D) o Cobertura para Discapacidad a Corto Plazo (Beneficio de Superviviente). Los beneficiarios contingentes solamente tienen derecho a recibir un beneficio si ningún beneficiario primario sobrevive al empleado. Adjunte una hoja adicional si es necesario.

*El empleado es el beneficiario primario para todas las pólizas de vida para dependientes.*

NOMBRE	PARENTESCO	DOMICILIO	PRIMARIO O CONTINGENTE	ALOCACIÓN %	APLICABLE A:
					<input type="checkbox"/> De Vida a Término Colectivo <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> De Vida Suplemental <input type="checkbox"/> Beneficios de Superviviente STD
					<input type="checkbox"/> De Vida a Término Colectivo <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> De Vida Suplemental <input type="checkbox"/> Beneficios de Superviviente STD
					<input type="checkbox"/> De Vida a Término Colectivo <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> De Vida Suplemental <input type="checkbox"/> Beneficios de Superviviente STD

## PREGUNTAS SOBRE LA SALUD

### PREGUNTAS SOBRE LA SALUD

Las preguntas sobre la salud deberán responderse si: (1) la cantidad para la cual usted está solicitando es mayor que la cantidad emitida garantizada; o (2) usted no está solicitando dentro de los 30 días de haber completado su Período de Empleado Nuevo. Para cualquier respuesta "Sí" a las preguntas de 1-4, por favor provea detalles en los espacios proveídos abajo:

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Durante los últimos diez (10) años, ¿han sido usted o sus dependientes tratados para cualquiera de las siguientes condiciones: desórdenes del corazón, alta presión arterial, desórdenes de la espalda, embolia, cáncer, tumores, diabetes, enfermedades del riñón o del hígado, desórdenes de deficiencia inmunológica, SIDA, Complejo Relacionado con el SIDA (CRS), desórdenes respiratorios, o cualquier desorden del sistema mental o nervioso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Durante los últimos siete (7) años, ¿han sido usted o sus dependientes tratados o arrestados, o se les ha dicho que deben recibir asesoría en conexión con el uso del alcohol o las drogas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Durante los últimos cinco (5) años, ¿han recibido usted o sus dependientes tratamiento de un médico o consultado con un médico, psiquiatra, psicólogo u otro practicante de medicina o tomado medicamentos de prescripción?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Se les ha negado en cualquier tiempo a usted o sus dependientes el seguro de vida o la compensación laboral, o se les ha tasado o restringido?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Empleado: Estatura _____ Peso _____ Esposo/a: Estatura _____ Peso _____  |                          |                          |

**PROVEA DETALLES COMPLETOS ACERCA DE TODAS LAS RESPUESTAS "SÍ" A LAS PREGUNTAS DEL 1-4. (USE UNA HOJA SEPARADA SI ES NECESARIO)**

NO. DE PREGUNTA	NOMBRE DE LA PERSONA TRATADA E INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD	FECHA DE INICIO	ÚLTIMA FECHA DE TRATAMIENTO PARA ESTA CONDICIÓN	GRADO DE RECUPERACIÓN	TRATAMIENTO RECIBIDO	NOMBRE COMPLETO/ DOMICILIO/TELÉFONO DEL MÉDICO QUE PROVEYÓ ATENCIÓN

Estoy solicitando la(s) cobertura(s) que he seleccionado en las hojas anteriores, bajo la(s) póliza(s) colectivas expedidas por, o que puedan ser expedidas por TruAssure Insurance Company ("Asegurador"). Autorizo a mi empleador para que deduzca de mi salario cualquier contribución requerida para pagar por la(s) cobertura(s). Si estoy ausente de mi trabajo debido a un accidente o enfermedad al tiempo en que mi(s) cobertura(s) sea(n) efectiva(s), mi(s) cobertura(s) no será(n) efectiva(s) hasta el día en que yo regrese activamente a mi empleo. Si un dependiente se encuentra confinado o discapacitado en la fecha en que la(s) cobertura(s) sea(n) efectiva(s), yo entiendo que dicha(s) cobertura(s) no será(n) efectiva(s) hasta que el confinamiento y/o la discapacidad termine para tal dependiente.

**ENTENDIMIENTO:** Entiendo que: • las representaciones que yo haga, junto con cualquier otra representación suplemental que yo haga, servirá como base para que el Asegurador expida cualquier cobertura; • que ningún agente tiene la autoridad para ignorar cualquier respuesta a cualquier pregunta, traspasar la viabilidad de obtener seguro, hacer o alterar cualquier contrato o ignorar o alterar cualquiera de los otros derechos o requisitos del Asegurador; • que ninguna cobertura será efectiva hasta la fecha especificada por el Asegurador después que la solicitud haya sido aprobada por el Asegurador; • cualquier mala representación contenida aquí podrá ser utilizada para reducir o negar la reclamación, anular la cobertura o anular el (los) contrato(s) colectivo(s) dentro del período disputable, si dicha mala representación afecta materialmente la aceptación del riesgo del Asegurador; incluyendo el aprobar a cualquier persona para cobertura; • si yo declino cualquier cobertura, los cambios futuros en la cobertura NO serán automáticos y estarán sujetos a la aprobación del Asegurador; • si mi muerte ocurriese antes que TruAssure haya aprobado por escrito cualquier cobertura por TruAssure, el único beneficio de muerte proveído será la cantidad menor de la cantidad máxima disponible sin evidencia de falta de viabilidad para ser asegurado o la cantidad máxima para la cual soy elegible, bajo la(s) cobertura(s) para la(s) cual(es) yo era elegible.

Yo entiendo que el Asegurador no es responsable por cualquier cosa que el agente/intermediario haya dicho o haya omitido decir antes, durante, o después del proceso de solicitud, que no sea confirmado subsiguientemente por escrito por un representante autorizado del Asegurador; incluyendo mas no limitándose a, contestaciones hechas por el agente/representante en respuesta a preguntas hechas por mí, mi esposo/a o dependiente(s). Adicionalmente, yo entiendo que el Asegurador no es responsable por cualquier declaración, representación u otra información provista a mí, mi esposo/a, o mi(s) dependiente(s) que no sea contenida expresamente en un documento escrito provisto a ellos y firmado por un representante autorizado del Asegurador.

Por medio de este, yo autorizo a cualquier médico autorizado, asistente médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica, instalación de la Administración de Veteranos de los Estados Unidos u otra instalación médica o relacionada con servicios médicos, compañía de seguros o de re-seguros, Medical Information Bureau, Inc., agencia de reportes al consumidor u otra organización, institución o persona que tenga cualquier antecedente o conocimiento sobre mí o sobre los miembros de mi familia para darlos al Asegurador o a su representante legal, re-aseguradores, agentes autorizados o designados cualesquiera y toda información acerca de mí o de los miembros de mi familia a ser cubiertos sobre diagnósticos, tratamientos y prognosis para cualquier condición física o mental, historia o carácter, reputación general, cualidades personales y modo de vida, incluyendo, mas no limitándose a, todos los antecedentes médicos y de atención médica.

Yo entiendo que toda la información obtenida por medio de esta autorización será usada por el Asegurador para determinar la elegibilidad para beneficios bajo la(s) póliza(s) de mi empleador. Adicionalmente, yo autorizo al Asegurador, a opción propia, para que entregue a mi empleador o a su(s) representante(s) de acuerdo con la(s) póliza(s) de seguro del Asegurador, esta información así como el costo incurrido para cada servicio de atención médica, pago de beneficio hecho para servicios de atención médica, fecha de tal pago, persona o entidad que recibe tal pago y tales otras reclamaciones, elegibilidad y otra información requerida por mi empleador y según se considere propia y necesaria por el Asegurador. Entiendo que el propósito de y/o necesidad para tal divulgación es para que dicha(s) persona(s) lleve(n) a cabo auditorías sobre reclamaciones, evaluaciones de la póliza y/o administración de transferencia de reclamaciones y para cualquier otro propósito de asuntos válidos. Aparte de lo que se autoriza aquí, ninguna información será divulgada por el Asegurador a ninguna persona u organización, excepto a compañías de re-seguros, el Medical Information Bureau, Inc., personas u organizaciones que llevan a cabo negocios o servicios legales en conexión con esta solicitud o reclamación; o al recibo de autorización adicional por mí o de acuerdo con lo requerido por la ley. Estoy de acuerdo que esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha en que yo firme esta solicitud.

Yo entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización; y estoy de acuerdo en que una copia fotográfica será considerada como original.

Yo entiendo y reconozco que cualquier persona quién, con la intención de defraudar o con el conocimiento que está facilitando un acto de fraude contra el Asegurador, somete una solicitud o somete una reclamación que contiene declaraciones falsas o deshonestas está cometiendo fraude lo cual se considera un crimen. Entiendo además y reconozco que en algunos estados, cualquier persona que, para el propósito de confundir a un Asegurador u otra persona, esconda información importante de una solicitud o reclamación está cometiendo un fraude.

¿Le ha ayudado alguna persona a completar este formulario?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí," por favor escriba el nombre de dicha persona en letra de molde: \_\_\_\_\_

He leído y entiendo cada una de las preguntas anteriores y afirmo que las respuestas y declaraciones dadas son verídicas y completas de acuerdo con mi mejor conocimiento y creencia.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Espos/a\* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Se requiere solamente si las preguntas médicas para el/la esposo/a necesitan contestarse.