

Chicago, Illinois

Oficinas Administrativas: Downers Grove, Illinois | Cleveland, OH | Dallas, TX

PARTE I: PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO (EMPLEADOR) – Favor de escribir con letra de molde

PARA USO EXCLUSIVO DE FDL	
Número de Grupo _____	EMPLEADO <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> No Fumador <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> No Fumador
Nombre del Grupo y Dirección _____	Cónyuge <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> No Fumador <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> No Fumador
_____	GI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí \$ _____
_____	GI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí \$ _____
Representante del Grupo _____ Imprima el Nombre	CANTIDAD APROBADA \$ _____ Fecha de Inicio _____
Representante del Grupo _____ Imprima el título	CANTIDAD APROBADA \$ _____ Fecha de Inicio _____
Teléfono () _____	Revisado por _____ Fecha _____
	Revisado por _____ Fecha _____
	HIJO(S) <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado Fecha de Inicio _____
	Código del Estado _____ Agencia (CB) (TPA) _____ <input type="checkbox"/> Self-Admin. <input type="checkbox"/> Cobro Directo _____
	Nuevo Período de Espera para Contratación _____

PARTE II: PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO S. de Vida Voluntario Cantidad sobre el Monto de Garantía

<input type="checkbox"/> Matriculación Tardía							
Nombre del Empleado	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento / /	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado de Nacimiento
Dirección del Domicilio – Calle			Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono del Trabajo ()	Teléfono del Domicilio ()
# de Seguro Social	Empleado Estatura _____ pies _____ pulg.	Peso libras	Cónyuge/Dependiente Estatura _____ pies _____ pulg.	Peso libras			
Cónyuge/Dependiente	Apellido	Nombre	Inicial	# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado de Nacimiento

PARTE III: CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD PARA SEGURO (Subraye la condición y proporcione los detalles en la PARTE IV.

	Empleado	Cónyuge/Dep.
1. ¿Ha utilizado cigarras o algún otro producto con tabaco en los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Durante los últimos 5 años, ¿ha sido médicamente asesorado o tratado por, o le ha dicho un profesional médico que usted tenía: soplo cardíaco; presión arterial alta; infarto; cualquier enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos; diabetes; albúmina; sangre o azúcar en la orina; cualquier trastorno renal; tumor; cáncer; asma; problema respiratorio o pulmonar; cualquier enfermedad del estómago, hígado o intestinos; problema o enfermedad en la espalda, espina dorsal o huesos; epilepsia; cualquier trastorno mental o del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Durante los últimos 5 años, ¿ha sido diagnosticado por, o ha recibido tratamiento de un profesional médico por padecer SIDA o CRS (Complejo Relacionado con el SIDA) u otro trastorno del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Durante los últimos 5 años, ha consultado o ha sido atendido por un doctor, psiquiatra, psicólogo o profesional médico por cualquier razón o condición médica no mencionada en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Actualmente, ¿recibe algún tratamiento de parte de un profesional médico o toma algún medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha tenido, o le ha dicho un médico que usted tuvo (o tiene) un problema con el abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Alguna vez ha sido clasificado, rechazado, pospuesto o limitado de cualquier manera para un seguro de vida, médico, contra accidente o enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE IV: Detalle las respuestas contestadas "SI" en la PARTE III. – Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja con su firma y la fecha.

Pregunta No. / Individuo	Enfermedad/Razón del Chequeo General o Consulta/Tratamiento del Médico	Fecha De A	Nombre Completo, Dirección y Teléfono del Médico que lo Atiende u Otro Practicante

USTED DEBE COMPLETAR AMBAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD PARA PODER SER CONSIDERADO PARA COBERTURA.



Chicago, Illinois

COMPROBANTE DE ELEGIBILIDAD PARA SEGURO

Oficinas Administrativa: Downers Grove, Illinois | Cleveland, OH | Dallas, TX

Nombre del Empleado _____ # de Seguro Social _____

ADVERTENCIA: Cualquier persona que a propósito y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presenta una solicitud de seguro o la reclamación que contenga cualquier información considerablemente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier material de hecho, además comete un acto fraudulento de seguro que es un crimen y expone a dicha persona a multas y penalidades criminales y civiles. (No aplica en Oregon ni Virginia.)

ACUERDOS Y AUTORIZACIÓN: Yo, el solicitante(s) y quien firma al calce, he leído y acepto que las declaraciones de arriba son verdaderas y están completas y correctamente escritas según mi conocimiento y credibilidad. Por lo tanto, entiendo que Fort Dearborn Life Insurance Company (FDL) no será responsable por ninguna reclamación previa a la fecha de aprobación de esta solicitud en las oficinas principales de FDL.

Para determinar mi elegibilidad para la cobertura que he solicitado, autorizo a cualquier profesional médico, hospital, instalación médica, proveedor médico, MIB Group, Inc., (la Agencia de Información Médica) o cualquier Entidad Cubierta o Plan de Salud como se define en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) (The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) para que proporcione al departamento suscrito por FDL o su(s) representante(s) autorizado(s), mi historial médico, o los de mis hijos, incluyendo información referente al consejo, cuidado o tratamiento de cualquier condición, incluyendo pero no limitado a, el uso o abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental, VIH (Virus del SIDA) u otras enfermedades transmitidas sexualmente.

Asimismo, autorizo a FDL a revelar información obtenida para considerar mi solicitud de seguro, a sus aseguradores y al MIB Group, Inc., una organización no lucrativa con membresía que incluye a compañías de seguros de vida que efectúa un intercambio de información de parte de sus miembros.

Esta autorización expirará a los 24 meses a partir de la fecha en que se firmó. Estoy de acuerdo y entiendo que:

- Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero que tal revocación no tendrá efecto en cualquier acción tomada por FDL antes de recibir la revocación;
- La información divulgada se puede revelar otra vez y ya no será protegida por las leyes federales de privacidad;
- Yo debo conservar una copia de esta autorización para mis propios archivos;
- Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original;
- Yo he recibido una Declaración de Divulgación; y
- La cobertura no iniciará hasta que FDL apruebe mi solicitud, a condición de que yo esté trabajando ese día.

Yo, al igual que cualquier otra persona autorizada a actuar en mi nombre o como mi representante personal, tiene el derecho a petición, de obtener una copia auténtica de esta autorización por parte de FDL.

Si mis respuestas en esta solicitud son incorrectas o falsas, o si me niego a firmar esta autorización, FDL tiene el derecho de negar los beneficios o rescindir mi cobertura o la de mis dependientes, si aplica.

Firma del Empleado _____

Fecha _____

Firma del Cónyuge (si solicita seguro) _____

Fecha _____

Firma del Hijo(s) Dependiente(s) (si es(son) asegurado(s) y mayor(es) de edad) _____

Fecha _____



FORT DEARBORN LIFE
Insurance Company

Chicago, Illinois

Oficinas Administrativas: Downers Grove, Illinois | Cleveland, OH | Dallas, TX

(Consérvela con sus registros del seguro)

Gracias por inscribirse a uno de los Seguro de Grupo de Fort Dearborn Life Insurance Company. Con su firma, en la sección de Acuerdos y Autorizaciones en el formulario de Evidencia de Cobertura, usted no ayuda a procesar la póliza de grupo autorizando que se libere información sobre las personas nombradas para cobertura, concierne a la asegurabilidad de cada una. Usted o su representante personal tienen el derecho de recibir una copia de esta autorización.

La información relacionada con esta cobertura será tratada confidencialmente. Sin embargo, Fort Dearborn Life Insurance Company o su(s) representante(s) asignado(s) puede(n), presentar un breve reporte respecto a la Agencia de Información Médica (MIB). Ésta es una organización de membresía no lucrativa, de compañías de seguro de vida, que opera como un intercambio de información a beneficio de sus miembros. Si usted solicita a otra compañía, miembro de la Agencia, una cobertura de seguro médico o de vida, o presenta una reclamación de beneficios a dicha compañía, la Agencia, por medio de una solicitud, le proporcionará a cada compañía la información que pueda tener en su archivo.

Después de recibir su solicitud, la Agencia se encargará de liberar cualquier información que pueda tener en su archivo. Si usted cuestiona la exactitud de la información en el archivo de la Agencia, puede solicitar una corrección de acuerdo a los procedimientos manifestados en la Ley Federal del Informe de Crédito Justo (*Fair Credit Reporting Act*). La dirección de la oficina de información de la Agencia es: Post Office Box 105, Essex Station, Boston, MA 02112, teléfono (866) 692-6901 (TTY 866-346-3642 (un Dispositivo de telecomunicaciones para las personas sorda).

Fort Dearborn Life Insurance Company o su(s) representante(s) asignado(s) puede(n) también liberar información de su archivo a otras compañías de seguro de vida a las cuales usted solicite un seguro médico o de vida o, o a quien se haya sometido una reclamación de beneficios.