

INFORMACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE | EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD

—Escriba claramente en letra de molde o a máquina con tinta oscura—

Este formulario solo es requerido si usted aplica a la cobertura de los pagos para seguros de vida que sobrepase el límite de emisión garantizada, solicitando un incremento en la cobertura por encima del incremento anual permitido relacionado con un evento calificado, si aplica a la cobertura de seguros de vida y discapacidad después de más de 31 días de ser elegible por primera vez (un solicitante tardío) o se inscribe después de haber cancelado la cobertura. Llene un formulario por cada persona para la que solicita cobertura.

SECCIÓN I | INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del empleador:	Número de póliza:	Número de grupo:	
Nombre del empleado (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):	Número de Seguro Social:		
	Número de teléfono:		
Dirección (Incluye # de apto./suite):	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del solicitante: (persona que aplica para la cobertura) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):	Lugar de nacimiento:	Si es dependiente, parentesco con el empleado: ☐ Cónyuge* ☐ Hijo	

A CONTINUACIÓN, MARQUE LA(S) CASILLA(S) QUE APLIQUE(N) PARA INDICAR EL MOTIVO POR EL QUE ESTÁ LLENANDO ESTA PRUEBA DE ASEGURABILIDAD.

- | | |
|--|--|
| Una cantidad que sobrepasa el límite de la emisión garantizada | ☐ Vida |
| Cobertura como solicitante tardío (o reinscripción después de cancelación) | ☐ Vida ☐ Discapacidad (solo empleados) |
| Un aumento de la cobertura actual | ☐ Vida |

SECCIÓN II | AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN (por favor, léalo antes de completar la sección de información de salud)

Para aprobar su solicitud para algunas coberturas de seguro, debemos recopilar información acerca de usted. Este es el motivo por el que usted debe completar la sección de información de salud. Además, también podemos contactar a otras personas, aparte de usted, para verificar la información personal acerca de cualquier solicitante propuesto. Esto incluye el cónyuge, el empleador, los profesionales o instituciones médicas y compañías de seguros a las cuales haya solicitado un seguro en el pasado. La información personal puede incluir la edad, la historia médica, el trabajo, los ingresos, los hábitos y otra información acerca de sus características personales.

Garantizamos la confidencialidad de su información. Solo los empleados que realizan transacciones de negocios relacionados con su cobertura pueden consultar su información. En algunas circunstancias y con su autorización escrita, podemos proporcionar información a agencias gubernamentales (por ejemplo, el departamento de seguros de su estado) o a médicos tratantes.

Usted cuenta con algunos derechos en relación con esta solicitud de cobertura. Usted tiene derecho a conocer la información personal que Renaissance Life & Health Insurance Company of America (Renaissance) guarda en sus registros (la información médica puede ser divulgada únicamente a su médico tratante) y a corregir o modificar la información de los registros de Renaissance.

Bajo solicitud por escrito, Renaissance le proporcionará (o a su dependiente) información concerniente a: la naturaleza y el alcance de su información personal en nuestros registros, los tipos de divulgaciones que se han hecho y los derechos de acceso a la información recopilada y cómo se puede corregir o modificar dicha información.

Responderemos a dicha solicitud escrita dentro de un plazo de 30 días desde la fecha de recepción de la solicitud. Para conocer más información acerca de sus registros o sus derechos, puede comunicarse con Renaissance Life & Health Insurance Company of America, P.O. Box 1596, Indianapolis, IN 46202.

*Este formulario de información de salud utiliza la palabra "cónyuge" para referirse ya sea al esposo, esposa o a la pareja de hecho, para quien usted solicita los beneficios. Si su empleador no extiende los beneficios a su pareja de hecho, esta no debe completar este formulario.

SECCIÓN III | SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD (Lea la sección previa antes de continuar)

1. Solicitante: ☐ Masculino ☐ femenino Estatura: _____ Peso: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

2. En los últimos 5 años, ¿usted ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento, ha obtenido un resultado positivo o ha recibido consejo médico por un profesional en la materia por cualquier afección o lesión de los siguientes órganos, enfermedades o trastornos que se mencionan a continuación?

A. Presión arterial alta, enfermedad/trastorno cardíaco o dolor en el pecho?	☐ Sí ☐ No
B. ¿Cáncer, enfermedad de Hodgkins, linfoma o un tumor?	☐ Sí ☐ No
C. ¿Diabetes, trastorno tiroideo o endocrino?	☐ Sí ☐ No
D. ¿Trastorno o lesión de la espalda, el cuello, las articulaciones o de los músculos?	☐ Sí ☐ No
E. ¿Algún trastorno del estómago, los intestinos, el hígado, la vesícula biliar o el recto (trastorno gastrointestinal)?	☐ Sí ☐ No
F. ¿Algún trastorno de los riñones, la vejiga, la próstata o los órganos reproductivos (trastorno genitourinario)?	☐ Sí ☐ No
G. ¿Algún trastorno respiratorio o de los pulmones o dificultad para respirar?	☐ Sí ☐ No
H. ¿Un accidente cerebrovascular o convulsiones?	☐ Sí ☐ No
I. ¿Una enfermedad emocional, mental o nerviosa?	☐ Sí ☐ No
J. ¿Dependencia al alcohol o sustancias químicas o tuvo una condena por conducir bajo la influencia del alcohol o las drogas?	☐ Sí ☐ No
K. ¿Algún trastorno del sistema inmunológico o de la sangre, excluido VIH/SIDA/ARC (complejo relacionado con el SIDA)?	☐ Sí ☐ No

3. En los últimos 10 años, ¿ha dado positivo en las pruebas de exposición a la infección por VIH o ha sido diagnosticado con ARC (complejo relacionado con el SIDA) o SIDA causado por la infección por VIH u otra enfermedad o afección derivada de dicha infección?

☐ Sí ☐ No

4. En los últimos 5 años, ¿usted ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento o ha recibido asesoría médica de un profesional de la salud por cualquier afección que no aparezca en la lista anterior? Si la respuesta es sí, mencione la afección aquí: _____

☐ Sí ☐ No

5. En los últimos 5 años usted:

A. ¿Presentó una solicitud de seguro que fue rechazada, aplazada, modificada, valorada, cancelada o cuya renovación fue negada?	☐ Sí ☐ No
B. ¿Se le recomendó hacerse un examen de diagnóstico, hospitalización o cirugía que no se llevó a cabo?	☐ Sí ☐ No
C. ¿Tomó medicamentos con receta o estuvo bajo tratamiento u observación por un profesional médico?	☐ Sí ☐ No

6. ¿Actualmente es capaz de realizar todas las tareas de su profesión actual, o si no tiene empleo, las tareas normales de una persona de su género y edad?

☐ Sí ☐ No

7. ¿Está usted embarazada? Si la respuesta es sí, fecha de parto prevista (mes/año) _____

☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES “SÍ” PARA LAS PREGUNTAS 2 A 7, PROPORCIONE LOS DETALLES COMPLETOS A CONTINUACIÓN. EXCLUYA CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL TRATAMIENTO/MEDICAMENTOS/FECHAS EN EL CASO DE VIH/SIDA/ARC. PUEDE AGREGAR CUALQUIER EXPLICACIÓN ADICIONAL QUE CONSIDERE NECESARIA.

No. Y LETRA DE LA PREGUNTA	MENCIONE LA ENFERMEDAD O AFECCIÓN. INCLUYA LOS CONSEJOS DEL MÉDICO, TRATAMIENTO Y MEDICAMENTOS.	FECHA EN LA QUE COMENZÓ LA AFECCIÓN MES/AÑO	TIEMPO PERDIDO PARA LAS ACTIVIDADES NORMALES	RECUPERACIÓN COMPLETA (SI APLICA) MES/AÑO

SECCIÓN IV | AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Por medio de mi firma:

Reconozco que la información, las declaraciones y las respuestas en este formulario, y cualquier documento adjunto, están completas y son verdaderas a mi mejor saber y entender. Son parte de una solicitud de cobertura bajo las pólizas colectivas y serán utilizadas por Renaissance para determinar la asegurabilidad.

He leído o me leyeron las preguntas y respuestas y comprendo que cualquier declaración falsa, omisiones y/o tergiversación material acerca de la edad o información de salud, puede ocasionar que, si la cobertura se emite, esta sea cancelada y no entre nunca en vigor.

Para evaluar mi solicitud de seguro, por la presente autorizo que cualquier médico certificado, profesional médico, hospital, clínica u otro centro médico o relacionado con la medicina; compañía de seguros, el Medical Information Bureau, Inc. u otra organización, institución o persona que tenga cualquier registro o conocimiento de mi persona o de mi salud, proporcione a Renaissance o sus reaseguradores dicha información. También autorizo a Renaissance o sus reaseguradores para divulgar cualquier información relacionada con mi persona o mi salud al Medical Information Bureau, Inc., otras compañías de seguro de vida con las cuales tenga pólizas o a las cuales he aplicado y otras compañías de seguros a las cuales puede presentar una reclamación por beneficios. Comprendo que esta información será utilizada por Renaissance para determinar la elegibilidad para el seguro. Esta información incluye información acerca de consumo de drogas, alcoholismo o enfermedad mental. Esta autorización será válida por un período de 24 meses desde la fecha de la firma y puede revocarse enviando una solicitud por escrito a la Sede principal. Se considera que una copia de esta autorización tiene tanta validez como el documento original. Comprendo que puedo solicitar una fotocopia.

El seguro solicitado con este formulario de Prueba de asegurabilidad no entrará en vigencia hasta que sea aprobado por la Sede principal de Renaissance. Por la presente certifico que recibí una copia de este formulario.

CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMOS O UNA SOLICITUD QUE INCLUYA CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE DELITO DE TERCER GRADO.

Firma del empleado (obligatorio): ☒ _____ Fecha: _____

Firma del solicitante (obligatorio si tiene al menos 18 años): ☒ _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE RENAISSANCE:

☐ Aprobado ☐ Rechazado Por: _____ Fecha: _____

Agente(s) solicitante(s)

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Número de licencia del agente en FL: _____

Agente(s) general (es) (Si aplica)

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Número de licencia del agente en FL: _____



Renaissance®

DENTAL · VISION · LIFE · DISABILITY



P.O. Box 1596, Indianapolis, IN 46206 | www.RenaissanceFamily.com | Administración: 800-745-7509 | Servicio al Cliente: 888-358-9484