



SEGURO DE VIDA TEMPORAL GRUPAL Y SEGURO PARA DISCAPACIDAD GRUPAL INFORMACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE | PRUEBA DE ASEGURABILIDAD

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

Este formulario solo se requiere si usted aplica para la cobertura de los pagos para seguros de vida temporal y/o discapacidad que sobrepase el límite de emisión garantizada, solicitando un incremento en la cobertura por encima del incremento anual permitido (si lo hay), si la solicitud se hace después de más de 31 días después 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:	
Fecha de contratación:	Correo electrónico:		
Ingresos: Por: ☐ Hora ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año ☐ Otro Si hay otro, especifique: _____		☐ Marque esta casilla si acepta recibir futura correspondencia acerca de este formulario por correo electrónico	
Dirección (Incluye # de apto/suite):		Ciudad:	Estado: Código postal:
Nombre del solicitante (persona que solicita 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.

Un monto por encima del límite de la emisión garantizada	☐ Vida ☐ Discapacidad (Solo empleados)
Cobertura como solicitante tardío (o reinscripción después de cancelación)	☐ Vida ☐ Discapacidad (Solo empleados)
Un aumento de la cobertura actual	☐ Vida ☐ Discapacidad (Solo empleados)

ELECCIONES DE COBERTURA

Seguro de vida temporal grupal—Consulte con el Departamento de Recursos Humanos las opciones de cobertura disponibles para usted y los requisitos de prueba de asegurabilidad.

	MONTO ACTUAL EN VIGENCIA	+	MONTO ADICIONAL O INICIAL SOLICITADO	=	MONTO TOTAL
Empleado	\$ _____	+	\$ _____	=	\$ _____
Cónyuge* (Solo seguro de vida)	\$ _____	+	\$ _____	=	\$ _____
Hijo (Solo seguro de vida)	\$ _____	+	\$ _____	=	\$ _____

SECCIÓN II | AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN (POR FAVOR, LÉALO ANTES DE COMPLETAR LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD)

PARA APROBAR ADECUADAMENTE SU SOLICITUD PARA ALGUNAS COBERTURAS DE SEGURO, DEBEMOS RECOPIRAR INFORMACIÓN ACERCA DE USTED. PARA ESTO, LE SOLICITAMOS QUE COMPLETE 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 CONTIENEN LOS REGISTROS DE RENAISSANCE LIFE & HEALTH INSURANCE COMPANY OF AMERICA (RENAISSANCE) (LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER DIVULGADA A SU MÉDICO TRATANTE) Y A CORREGIR O MODIFICAR LA INFORMACIÓN DE LOS REGISTROS DE RENAISSANCE.

BAJO SOLICITUD ESCRITA, 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 RECOPIRADA 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 a la persona, ya sea al cónyuge o a la pareja de hecho, para quien 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 para o ha recibido consejo médico 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, 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 genitoruniario)?	☐ 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. ¿Un trastorno del sistema inmunológico o de la sangre?	☐ Sí	☐ No

3. En los últimos 10 años, ¿ha sido diagnosticado o recibió tratamiento de un profesional médico para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (CRS), síndrome de linfadenopatía o cualquier otro trastorno del sistema inmunológico?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento o asesoría de un profesional médico en los últimos 5 años 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 (excepto aquellos relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (virus del SIDA))

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 embarazada en este momento? 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. USTED PUEDE AGREGAR CUALQUIER EXPLICACIÓN ADICIONAL QUE CONSIDERE NECESARIA.

# Y LETRA DE LA PREGUNTA	ESPECIFIQUE LA ENFERMEDAD O AFECCIÓN. INCLUYA LOS CONSEJOS DEL MÉDICO, TRATAMIENTO Y MEDICAMENTOS.	FECHA DE INICIO DE 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 según mi leal saber y entender. Son parte de una solicitud de cobertura bajo un grupo de pólizas 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 error material acerca de la edad o información de salud, puede ocasionar que, si la cobertura es aprobada, esta sea cancelada y no entre nunca en vigor.

Para evaluar mi solicitud de seguro, por la presente autorizo que cualquier médico certificado, médico, hospital, clínica u otro centro médico o relacionado con la medicina, la Administración de Veteranos, la MIB, Inc. (*conocida anteriormente como Medical Information Bureau*), cualquier servicio de bases de datos de medicamentos con receta, mi empleador, y agencia de informe del consumidor o compañía de seguros que tenga cualquier registro o conocimiento de mi persona o mi estado de salud, proporcione dicha información a Renaissance, sus empleados, reaseguradores, proveedor de servicios administrativos y cualquier otro representante autorizado al presentar esta autorización.

Esta información incluye información acerca de enfermedades mentales y consumo de drogas, alcohol o tabaco (*excepto las notas de psicoterapia*); información de medicamentos recetados; enfermedades de transmisión sexual; infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH); síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); y el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de cualquier afección física.

Comprendo que:

1. Esta autorización puede ser requerida para que mi solicitud del seguro sea evaluada y aprobada;
2. Esta autorización será válida por un período de 24 meses desde la fecha de la firma.
3. Se considera que una fotocopia de esta autorización tiene tanta validez como el documento original;
4. Cualquier solicitud que haya hecho para restringir la información divulgada no aplica a esta autorización. Indico a los proveedores y entidades mencionadas en el primer párrafo de esta autorización que deben liberar y divulgar mi registro médico completo sin restricciones;
5. La información divulgada bajo esta autorización será utilizada y puede ser divulgada posteriormente por Renaissance para: (a) suscribir y clasificar mi solicitud de seguro y tomar decisiones para determinar la elegibilidad e inscripción; (b) obtener un reaseguro; (c) procesar otras transacciones relacionadas con mi póliza; y (d) llevar a cabo otras actividades permitidas o requeridas legalmente, relacionadas con cualquier cobertura que tenga o que haya solicitado a Renaissance;
6. Se pueden requerir exámenes de sangre, orina, saliva y otros exámenes médicos para determinar la asegurabilidad.
7. Puedo obtener una copia de este formulario de autorización enviando una solicitud escrita a Renaissance a la dirección que aparece anteriormente;
8. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una solicitud escrita a Renaissance a la dirección que aparece anteriormente. Sin embargo, la revocación no afectará la información que ya fue recopilada, confiada o divulgada bajo esta autorización; y
9. La información divulgada a Renaissance conforme a esta autorización puede estar sujeta a nuevas divulgaciones con esta autorización o según lo autorice la ley. Las coberturas de seguro de vida y discapacidad no están sujetas a la regla de privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), y por lo tanto, divulgar información a Renaissance no está protegido bajo dicha Ley. Autorizo también a Renaissance, o a sus reaseguradores, para hacer un breve informe de mi información de salud protegida para MIB, Inc.
10. Mi tratamiento o el pago de mi tratamiento no puede condicionarse a la firma de esta autorización. Sin embargo, si me rehúso a firmar esta autorización, Renaissance no podrá procesar mi solicitud de seguro, o si la cobertura ha sido emitida, no podría hacer los pagos de los beneficios.

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

ADVERTENCIA DE FRAUDE: CUALQUIER PERSONA QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE UNA DECLARACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO PUEDE SER CULPABLE DE UN DELITO PENAL Y ESTÁ SUJETO A SANCIONES BAJO LA LEY ESTATAL.

Firma del empleado (*Obligatorio*): X_____ Fecha: _____

Firma del solicitante (*Obligatorio si tiene al menos 18 años*): X_____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE RENAISSANCE

☐ Aprobado ☐ Rechazado Por: _____ Fecha: _____