



**Resumen de selección de cobertura para la que se requieren pruebas de asegurabilidad**  
**El administrador del grupo o el empleador deben completar este formulario.**

**Enviar el formulario junto con la solicitud completa del empleado a esta dirección:**

Dearborn Life Insurance Company  
 Attn: Medical Underwriting Department  
 P.O. Box 7072  
 Downers Grove, IL 60515

Número de teléfono: (800) 367-6401  
 Número de fax: (855) 691-7157

**Complete todos los espacios en blanco y escriba de manera clara con letra de imprenta. La falta de información demorará la consideración de la cobertura.**

\* La fecha de entrada en vigor de la cobertura es la fecha en que se aprueba la solicitud. La prima vence el primer día del mes posterior a la fecha de aprobación. **Para el administrador del grupo o el empleador: No deducir las primas para ningún tipo de cobertura sujeto a pruebas de asegurabilidad hasta haber recibido la confirmación definitiva de Dearborn Life Insurance Company de que la cobertura está aprobada.**

**EL ADMINISTRADOR DEL GRUPO O EL EMPLEADOR DEBEN COMPLETAR ESTE FORMULARIO:** (Complételo en letra de imprenta y envíelo junto con la información del empleado necesaria para la inscripción).

Nombre del empleador		Número de grupo	N.º de cuenta: _____ N.º de sucursal: _____
Dirección del empleador		Ciudad	Estado      Código postal
Nombre de la persona de contacto del empleador	Número de teléfono laboral	Número de fax laboral	Dirección de correo electrónico
Nombre del empleado (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	N.º del Seguro Social	N.º de identificación alternativo	Se solicita la cobertura para estas personas: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge

Ingresos:  <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanales <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Anuales	Fecha de contratación del empleado:	Fecha de recontractación del empleado:	
--	-------------------------------------	--	--

**MOTIVO POR EL CUAL SE DEBEN PRESENTAR PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD:**  
 El monto supera el de emisión garantizada.     Inscripción fuera de término.       Inscripción anual.  
 Aumento del nivel de cobertura.               Cambio en la situación del empleado. Fecha: \_\_\_\_\_  
 Motivo: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura	Monto vigente en la actualidad (si lo hay)	Monto adicional que se solicita	Monto total que se solicita
<input type="checkbox"/> Seguro de vida básico temporal	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario o voluntario temporal para el empleado	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Seguro de vida complementario o voluntario temporal para el cónyuge.	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo básico	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo básico	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo voluntario	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo voluntario	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Seguro por enfermedad crítica para el empleado	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Seguro por enfermedad crítica para el cónyuge	\$	\$	\$

Número de teléfono: (800) 367-6401  
 Número de fax: (855) 691-7157

**USTED DEBE COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD PARA QUE SE LO CONSIDERE PARA LA COBERTURA.**  
**Conserve una copia de esta solicitud para sus registros.**

<b>SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EMPLEADO:</b> (Complete incluso si empleado no está solicitando la cobertura).					
<b>Nombre:</b> Nombre Inicial del segundo nombre Apellido			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
N.º del Seguro Social	N.º de identificación alternativo	Estado de nacimiento	País de nacimiento		
<b>Domicilio de correo postal:</b> Calle			Ciudad	Estado	Código postal
Método de contacto preferido		Número de teléfono de empleado	Número de teléfono celular		
Número de teléfono del trabajo		Dirección de correo electrónico	Ocupación		

<b>SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE:</b> (Complete únicamente si solicita la cobertura del cónyuge).					
<b>Nombre:</b> Nombre Inicial del segundo nombre Apellido			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
N.º del Seguro Social	Método de contacto preferido	Número de teléfono del cónyuge	Número de teléfono celular		
Número de teléfono del trabajo	Dirección de correo electrónico	Estado de nacimiento	País de nacimiento		

Número de teléfono: (800) 367-6401  
Número de fax: (855) 691-7157

**USTED DEBE COMPLETAR TODAS LAS PÁGINAS DE ESTA SOLICITUD PARA QUE SE LO CONSIDERE PARA LA COBERTURA. Conserve una copia de esta solicitud para sus registros.**

Nombre del empleado : \_\_\_\_\_ . N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ .

**INFORMACIÓN DE SALUD: Marque "Sí" o "No" en cada pregunta y encierre con un círculo las enfermedades específicas. Los detalles sobre todas las respuestas afirmativas deben proporcionarse en la sección destinada a ese fin en la página 3 a continuación para todas las personas que soliciten cobertura. La falta de información demorará la consideración de la cobertura. Brindar información incompleta o información falsa puede tener como consecuencia el rechazo de beneficios o una posible investigación por fraude.**

**SECCIÓN DE PREGUNTAS SOBRE SALUD: (Complete únicamente si solicita cobertura).**

1. Altura de empleado : \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in. Peso: \_\_\_\_\_ lb. Altura del cónyuge: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in. Peso: \_\_\_\_\_ lb.  
2. **En los últimos 7 años**, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha recibido diagnóstico, tratamiento o asesoramiento relacionado con las siguientes enfermedades de parte de un médico u otro profesional clínico debidamente licenciado que actúa dentro del alcance de su licencia?

	<u>Empleado</u>		<u>Cónyuge</u>	
	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
a. Insuficiencia cardíaca congestiva, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, parálisis, cirrosis hepática, hepatitis (B o C), enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), complejo relacionado con el sida (CRS) o resultado positivo en la prueba de anticuerpos para el VI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma o tumor cerebral maligno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Enfermedad renal crónica, esto incluye insuficiencia, diálisis, trasplante o enfermedad renal poliquística.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Demencia, enfermedad de Alzheimer, ELA (enfermedad de Lou Gehrig), corea de Huntington, esclerosis múltiple o distrofia muscular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cáncer, tumor, afección cardíaca, presión sanguínea alta, ataque isquémico transitorio (AIT), aneurisma, trastorno circulatorio o neurológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Diabetes, lupus diseminado, cualquier trastorno autoinmunitario, anemia u otro problema de la sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Problemas digestivos, respiratorios, musculoesqueléticos, del aparato genitourinario o del tejido conectivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Depresión, ansiedad o cualquier otro trastorno mental o del sistema nervioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. **En los últimos 5 años**, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha recibido asesoramiento médico o ha solicitado tratamiento por abuso de drogas o alcohol, ha usado alguna sustancia controlada (excepto aquellas recetadas por un médico u otro profesional de la salud), ha sido juzgada o acusada por conducir un vehículo bajo los efectos de las drogas o el alcohol?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. **En los últimos 6 meses**, ¿a alguna de las personas que solicitan cobertura le ha ocurrido lo siguiente?:

a. La han hospitalizado o le han sugerido una cirugía, un tratamiento, pruebas de diagnóstico u otra evaluación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Le han recetado medicamentos de mantenimiento a largo plazo para enfermedades crónicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha fumado cigarrillos o consumido otro tipo de tabaco en los últimos 2 años?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Número de teléfono: (800) 367-6401  
Número de fax: (855) 691-7157

Nombre del empleado : \_\_\_\_\_ . N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ .

**SECCIÓN DE PREGUNTAS SOBRE SALUD DE EMPLEADO:** (Además de la "Sección de preguntas sobre salud" anterior, complete las siguientes preguntas si solicita cobertura por DISCAPACIDAD).

- 1. ¿Usted está embarazada? Si la respuesta es "Sí", indique la fecha probable de parto: \_\_\_\_\_ .  
¿Tiene alguna complicación o problema?
- 2. **En los últimos 7 años**, ¿ha recibido diagnósticos o tratamientos de algún profesional médico por problemas relacionados con la espalda, la columna vertebral, el cuello, las rodillas, los huesos, las articulaciones, artritis, trastorno neurológico, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica u otro trastorno musculoesquelético?

**PROPORCIONE DETALLES SOBRE TODAS LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS SECCIONES DE PREGUNTAS SOBRE SALUD ANTERIORES (si corresponde).** Si necesita más espacio, adjunte una hoja firmada y fechada.

N.º	Persona	Tipo de enfermedad	Fechas	Hospitalizado Sí o No	Cirugía Sí o No	Tratamiento/ medicamento	Medicamentos actuales/ Problemas remanentes	Nombre, dirección y número de teléfono del médico

Número de teléfono: (800) 367-6401  
Número de fax: (855) 691-7157

Dearborn Life Insurance Company  
Attn: Medical Underwriting Department  
P.O. Box 7072  
Downers Grove, IL 60515

**ACUERDOS Y AUTORIZACIÓN:**

"Yo" se refiere a la persona que solicita el seguro y firma a continuación. Por la presente, yo declaro que, según mi leal saber y entender, las declaraciones y las respuestas a las preguntas son completas, verdaderas y están debidamente registradas. Las mismas constituirán la base de cualquier cobertura conforme al plan de grupo para el cual se solicitan la pruebas de asegurabilidad. Entiendo que Dearborn Life Insurance Company no será responsable de ningún reclamo que surja antes de la fecha de aprobación de esta solicitud en la oficina central de Dearborn Life Insurance Company.

A fin de determinar mi elegibilidad para las coberturas solicitadas, autorizo a cualquier médico, profesional médico, practicante, hospital, clínica, otro centro de salud, instalaciones médicas o relacionadas con la atención médica, proveedor de atención médica, profesional de salud mental, farmacia o administrador de beneficios de farmacia, laboratorio, compañía de seguros, MIB Group, Inc., o cualquier entidad cubierta o plan de salud conforme a las definiciones de la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) para revelar a los representantes autorizados del Departamento de Suscripciones de Dearborn Life Insurance Company mis registros médicos. Estos incluyen información sobre asesoramiento, atención o tratamientos relacionados con alguna enfermedad, incluido el historial médico, historial farmacéutico, uso o abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental, VIH (virus del SIDA) u otras enfermedades de transmisión sexual.

Asimismo, autorizo a Dearborn Life Insurance Company a revelar la información obtenida para la consideración de mi solicitud de seguro a sus reaseguradores y a MIB Group, Inc., una organización de compañías de seguros de vida sin fines de lucro que se ocupa del intercambio de información en nombre de sus miembros.

Esta autorización vencerá 24 meses después de la fecha en que se firmó. Entiendo y acepto lo siguiente:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, pero dicha revocación no tendrá efecto sobre ninguna medida tomada por Dearborn Life Insurance Company antes de recibir la revocación.
- La información que se divulgue en conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el receptor, y es posible que deje de estar protegida por las regulaciones federales sobre privacidad (como la Regla de Privacidad de la HIPAA).
- Debo conservar una copia de esta autorización para mis propios registros.
- Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- He recibido una Declaración de Divulgación.
- **La cobertura no entrará en vigor hasta que Dearborn Life Insurance Company apruebe mi solicitud, siempre que esté trabajando activamente en esa fecha.**
- **Mi empleador no podrá deducir las primas de los montos sujetos a las pruebas de asegurabilidad hasta que reciba una decisión final de aprobación de la cobertura de Dearborn Life Insurance Company.**

Yo, así como cualquier otra persona autorizada para actuar en mi nombre o mi representante personal, reconozco el derecho a solicitar una copia fiel de esta autorización a Dearborn Life Insurance Company.

Si mis respuestas en esta solicitud son incorrectas o falsas, o si me niego a firmar esta autorización, Dearborn Life Insurance Company tiene derecho a rechazar beneficios o rescindir mi cobertura, o la de mis dependientes, si corresponde.

Firma de empleado (obligatoria): \_\_\_\_\_ . Fecha de la firma (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ .

Firma del cónyuge (si solicita seguro): \_\_\_\_\_ . Fecha de la firma (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ .