

**HCC**HCC Medical  
Insurance Services**Formulario de Inscripción al GroupSecure<sup>SM</sup>**  
**Formulario de Actualización de Datos Personales**

Si usted se está inscribiendo con posterioridad a la celebración del contrato, o si su grupo tiene 10 ó menos empleados cubiertos, se debe rellenar este formulario en su totalidad. Si su grupo tiene 11 ó más empleados cubiertos, rellene las Secciones 1, 3, y 4 a menos que se indique el contrario.

**SECCIÓN 1:** Ésta Inscripción es para:  Sólo Empleado  Empleado + Cónyuge  Empleado + Hijo(s)  Familia  Inscripción con posterioridad  
 Agregar Dependiente(s)  Omitir Dependiente(s)  Actualizar Dirección  Actualizar Beneficiario  Cambio de Nombre  Cancelación

Organización Participante:		Nº. de Identificación del Grupo:			
Nombre del Empleado: (Apellido)		(Nombre[s])			
Profesión:	Nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Altura	Peso	
Domicilio:		Dirección Postal:			
Ciudad/Estado/País/Código Postal:		Ciudad/Estado/País/Código Postal:			
Teléfono (Día):		Correo Electrónico:			
Número de Seguro Social (requerido si estadounidense):		Fecha de Nacimiento:			
Fecha Efectiva Solicitada:		Fecha en que fue empleado de tiempo completo (30 horas x semana):			
Fecha de Salida de los EEUU:	Destino:	Duración de Estancia:			

**Información de Dependiente (Adjunte una hoja adicional si fuese necesario)**

Nombre (Apellido, Nombre)		Fecha de Nacimiento	Altura	Peso	Nacionalidad	Número de Seguro Social (requerido si estadounidense)
Cónyuge	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /				
1 <sup>er</sup> Hijo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /				
2 <sup>do</sup> Hijo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /				
3 <sup>er</sup> Hijo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /				

Para hijos dependientes de 19 años o mayor, proporcione el nombre y dirección del colegio o universidad y el número de horas inscritas.

Yo **rehusó cobertura** para:  Yo mismo  Cónyuge  Hijo(s)

Motivo de rehusar cobertura: \_\_\_\_\_

Se presentó la oportunidad de participar en el seguro para grupos ofrecido por mi empleador y he rehusado participar en aquella cobertura. Yo entiendo que si posteriormente deseo cobertura, puede que se me obligue proveer, a cuenta mía, evidencia satisfactoria de que yo sea asegurable antes de que se me otorgue cobertura efectiva.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Se puede encontrar la política de privacidad de HCCMIS en [www.hccmis.com](http://www.hccmis.com), o por comunicarse con HCCMIS para una copia. Las siguientes preguntas deben ser contestadas por cada persona alistada arriba. Por cualquier pregunta que conteste "Sí," proporcione los detalles de la condición médica al dorso. (Adjunte hojas adicionales si fuese necesario.)**

1. Actualmente, ¿está discapacitado, hospitalizado, o si aplica, embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguna vez ha recibido diagnóstico, tratamiento o ha dado positivo por el Virus Inmunodeficiencia Humano (VIH), Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), Síndrome Linfadenopatía, o cualquier trastorno del sistema inmunológico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez ha recibido diagnóstico, tratamiento (incluyendo medicamentos) o prueba por: el cáncer, diabetes, presión alta, trastornos neurológicos, o cualquier condición cardíaca, cardiovascular, del corazón o sistema circulatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Durante los últimos 24 meses, ¿ha recibido diagnóstico, tratamiento (incluyendo medicamentos), o prueba por cualquier problema o condición médica o mental o nerviosa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Durante los últimos 24 meses, ¿se le ha avisado o recomendado a conseguir pruebas, tratamiento, o cirugía o anticipa conseguir pruebas, tratamiento, o cirugía por cualquier problema o condición médica o mental o nerviosa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**SECCIÓN 2: Es obligatorio contestar las siguientes preguntas por cada persona alistada en la Sección 1. Por cualquier pregunta contestada "Sí," favor de proporcionar los detalles.**

**¿ALGUNA VEZ ha recibido tratamiento por o le han dicho que padece de cualquier enfermedad, condición, trastorno, padecimiento, u otro problema relacionado a lo siguiente:**

6. Vesícula biliar, páncreas, o hígado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	18. Tumor, quiste, pólipo o cualquier proliferación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Articulaciones o columna?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	19. Enfermedad Venérea?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. Ojos, oídos, o nariz?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	20. Sistema cardiovascular o circulatorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. Boca, garganta o mandíbula?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	21. Sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. Dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	22. Sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. Dolor de cabeza, parálisis o artritis?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	23. Sistema digestivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. Convulsiones o epilepsia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	24. Próstata?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. Colesterol elevado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	25. Sistema muscular o esquelético?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. Cáncer o ataque cerebral?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	26. Sistema reproductivo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. Riñón o sistema urinario?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	27. Dependencia de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. Tiroides, senos, u otras glándulas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	28. Salud Mental o psicológico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. Embarazo o parto complicado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	29. Diabetes o azúcar o sangre en la orina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Por cualquier pregunta contestada "Sí," favor de anotar el nombre del familiar pertinente (utilizando el número correspondiente de la Sección 1). Detalle la condición incluyendo el Nombre, Diagnóstico, Fechas de Tratamiento, Tipo(s) de Tratamiento, Pronóstico, Curso de Tratamiento Actual, y Nombre, Dirección y Número Telefónico del Médico. Adjunte hojas adicionales si fuese necesario. Información adicional podría ser requerida.**

Nombre del Individuo	Condición/Diagnóstico	Fechas de Tratamiento / Pronóstico	Tipos de Tratamiento y Curso de Tratamiento Actual	Médico y/o Nombre de la Clínica, Dirección y Número Telefónico

**SECCIÓN 3: Información del Beneficiario – Por cada individuo solicitando seguro de vida, favor de indicar lo siguiente:**

Nombre del Beneficiario:	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contingente	Parentesco al Empleado:	Porcentaje del Beneficio de Muerte:
Nombre del Beneficiario:	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contingente	Parentesco al Empleado:	Porcentaje del Beneficio de Muerte:
Nombre del Beneficiario:	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contingente	Parentesco al Empleado:	Porcentaje del Beneficio de Muerte:

**SECCIÓN 4 (Debe ser completada):**

Referente a cualquier persona alistada en este Formulario de Inscripción: ¿Ha sido asegurado o cubierto por gastos médicos bajo una póliza o plan individual o de grupo durante los últimos 12 meses?  Sí  No

Si contestó "Sí," se requiere lo siguiente: 1. Nombre de la(s) persona(s) 2. Una copia de todos los Certificados de Cobertura Meritoria. Se pueden obtener estos Certificados de Cobertura Meritoria a través de su asegurador o empleador anterior. Al no presentar los Certificados de Cobertura Meritoria puede que se demore su Fecha Efectiva.

He leído o se me han leído lo estipulado arriba y todos los documentos adjuntos. Hasta que yo sepa, las declaraciones son ciertas y completas. Entiendo que cualquier respuesta no verídica contenida en ésta será causa de la anulación de este seguro y todas las reclamaciones serán perdidas. Entiendo que cobertura no llegará a ser efectiva hasta que se me notifique en escrito. Yo autorizo a cualquier doctor, médico, hospital, clínica, instalación médica, farmacia, agencia gubernamental, agencia de seguros, compañía de seguros, titular de póliza de grupo, empleado, o administrador de un plan de beneficios que tenga información acerca de la atención médica, consejo médico, tratamiento, diagnóstico, o pronóstico de cualquier condición física o mental, o el estatus económico y laboral de mí, a proporcionar esta información a HCC Medical Insurance Services, LLC.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_