

**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija.
NO un seguro médico.**

Esta póliza de indemnización fija podría pagarle un monto determinado en dólares si está enfermo u hospitalizado. Seguirá siendo su responsabilidad pagar por los costos de la atención médica que reciba.

- El pago que reciba no se basa en el monto de su factura médica.
- Podría haber un límite sobre cuánto pagará la póliza cada año.
- Esta póliza no reemplaza al seguro de gastos médicos integral.
- Ya que esta póliza no es un seguro de gastos médicos, no es necesario que incluya la mayoría de las protecciones federales al consumidor que deben incluir los seguros médicos.

¿Está buscando un seguro de gastos médicos integral?

- Visite cuidadodesalud.gov/es o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para averiguar si puede tener seguro médico por medio de su trabajo o del trabajo de un miembro de la familia, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

- Comuníquese con el Departamento de Seguros (Department of Insurance) si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza. Puede encontrar el número de teléfono en el sitio web de la National Association of Insurance Commissioner (NAIC.org), en la sección “Insurance Departments”.
- Si tiene esta póliza por medio de su trabajo o del trabajo de un miembro de la familia, comuníquese con el empleador.

Formulario de solicitud de cobertura y cambio

Oficina administrativa: 701 E. 22nd Street, Lombard, Illinois 60148

Nueva solicitud de cobertura Cambio Período de inscripciones COBRA Jubilado

Sección de información sobre el empleador/empleado

Los formularios de solicitud de cobertura deben presentarse directamente a nosotros, a menos que se trate de un grupo autoadministrado. Si el grupo es autoadministrado, envíenos los formularios de solicitud de cobertura únicamente si se requieren pruebas de asegurabilidad.

EMPLEADOR		NÚMERO DE GRUPO / NÚMERO DE CUENTA		UBICACIÓN	
APELLIDO DEL EMPLEADO	NOMBRE	INICIAL 2º NOMBRE	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE CONTRATACIÓN (EMPLEADOS A TIEMPO COMPLETO)
N.º DEL SEGURO SOCIAL		INGRESOS\$ Semanales <input type="checkbox"/> Mensuales <input type="checkbox"/> Anuales <input type="checkbox"/>		CARGO	CLASE
DIRECCIÓN PARTICULAR			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARTICULAR		TELÉFONO LABORAL		TELÉFONO CELULAR DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
Nombre del cónyuge - Apellido (Si es solicitante)		Nombre	Inicial 2.º nombre	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento del cónyuge
				N.º del Seguro Social del cónyuge	

¿El empleado (si es solicitante) ha usado algún producto del tabaco en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El cónyuge (si es solicitante) ha usado algún producto del tabaco en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SELECCIÓN DE BENEFICIOS-De vida, Por discapacidad, Por enfermedad específica, Por accidente, Por indemnización hospitalaria & Por muerte y pérdida de extremidades por accidente (AD&D, en inglés)

SELECCIÓN DE COBERTURA: Es posible que, en el programa de seguro no médico de su grupo de médicos, no se incluyan los beneficios que figuran a continuación. **Pídale a su empleador información detallada sobre los beneficios disponibles y los costos para usted (si hubiera) y si tendrá que completar un cuestionario de salud.**

Cobertura básica (marque todas las opciones que correspondan) El término "cónyuge" incluye parejas en unión libre y parejas en unión civil, según se defina en el certificado.

<input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal /por AD&D	<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo (STD, en inglés)	<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo (LTD, en inglés)
<input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal para derechohabientes / por AD&D	<input type="checkbox"/> Seguro por enfermedad específica <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Seguro por muerte y pérdida de extremidades por accidente (AD&D, en inglés)
<input type="checkbox"/> Seguro por accidente: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Indemnización hospitalaria: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Familia	

Cobertura complementaria (marque todas las opciones que correspondan) El término "cónyuge" incluye parejas en unión libre y parejas en unión civil, según se defina en el certificado.	(A) agregar, (C) cambiar, (D) borrar	Cantidad total de cobertura deseada	Para la opción (C) cambiar, indique cobertura anterior
<input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal/por AD&D para el empleado			
<input checked="" type="checkbox"/> Seguro de vida temporal/por AD&D para el cónyuge			
<input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal/por AD&D para los hijos			
<input type="checkbox"/> Seguro por enfermedad específica para el empleado			
<input checked="" type="checkbox"/> Seguro por enfermedad específica para el cónyuge			
<input checked="" type="checkbox"/> Seguro por enfermedad específica para los hijos			
<input type="checkbox"/> Seguro por AD&D para el empleado			
<input type="checkbox"/> Seguro por AD&D para el cónyuge			
<input type="checkbox"/> Seguro por AD&D para los hijos			

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148. Blue Cross and Blue Shield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes de Blue Cross and Blue Shield.



Formulario de solicitud de cobertura y cambio

Oficina administrativa: 701 E. 22nd Street, Lombard, Illinois 60148

Cobertura voluntaria (marque todas las opciones que correspondan) El término "cónyuge" incluye parejas en unión libre y parejas en unión civil, según se defina en el certificado.	(A) agregar, (C) cambiar, (D) borrar	Cantidad total de cobertura deseada	Para la opción (C) cambiar, indique cobertura anterior
<input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal para el empleado			
<input checked="" type="checkbox"/> Seguro de vida temporal para el cónyuge			
<input type="checkbox"/> Seguro de vida temporal para los hijos			
<input type="checkbox"/> Seguro por AD&D para el empleado			
<input checked="" type="checkbox"/> Seguro por AD&D para el cónyuge			
<input checked="" type="checkbox"/> Seguro por AD&D para los hijos			
<input type="checkbox"/> Seguro por enfermedad específica para el empleado			
<input type="checkbox"/> Seguro por enfermedad específica para el cónyuge			
<input type="checkbox"/> Seguro por enfermedad específica para los hijos			
<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo: en incrementos			
<input checked="" type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a largo plazo: % de los ingresos			
<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo: en incrementos			
<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad a corto plazo: % de los ingresos			
<input checked="" type="checkbox"/> Seguro por accidente para el empleado			
<input checked="" type="checkbox"/> Seguro por accidente para el empleado + cónyuge			
<input type="checkbox"/> Seguro por accidente para el empleado + hijos			
<input type="checkbox"/> Seguro por accidente para la familia			
<input type="checkbox"/> Indemnización hospitalaria Empleado			
<input type="checkbox"/> Indemnización hospitalaria Empleado + cónyuge			
<input type="checkbox"/> Indemnización hospitalaria Empleado + hijos			
<input checked="" type="checkbox"/> Indemnización hospitalaria Familia			

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS: (Únicamente para empleados: Se debe completar si usted ha solicitado seguro de vida o por AD&D.) En caso de que usted nombre a dos o más beneficiarios principales y no indique los porcentajes, los beneficios se repartirán en partes iguales entre los beneficiarios principales detallados que le sobrevivan. Si ningún beneficiario principal le sobrevive, los beneficios se repartirán entre los beneficiarios contingentes. Si se detallan los porcentajes de los beneficios, el total debe ser 100%. (El empleado es el beneficiario de la cobertura del cónyuge o de un hijo).

Nombre y apellido	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación	Porcentaje
Beneficiario principal				%
Beneficiario principal				%
Beneficiario contingente				%
Beneficiario contingente				%



Formulario de solicitud de cobertura y cambio

Oficina administrativa: 701 E. 22nd Street, Lombard, Illinois 60148

SELECCIÓN DE BENEFICIOS: COBERTURA PARA LA VISTA

<p>SOLICITUD DE COBERTURA El término "cónyuge" incluye parejas en unión libre y parejas en unión civil según se define en el certificado. (Elija uno.)</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado + cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado + hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Familia</p>	<p>CAMBIO DE PÓLIZA</p> <p>(Marque la razón del cambio)</p> <p><input type="checkbox"/> Casamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Nacimiento / adopción</p> <p><input type="checkbox"/> Viudez</p> <p><input type="checkbox"/> Divorcio</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio de dirección</p>	<p>CANCELACIÓN DE LA COBERTURA</p> <p><input type="checkbox"/> Terminación de la cobertura</p> <p>Fecha: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Licencia / despido</p> <p><input type="checkbox"/> Otra</p> <p>Fecha: _____</p>
<p>PRIVILEGIO DE CONTINUACIÓN CONFORME A LA LEY COBRA</p> <p>Fecha de inicio: _____</p> <p>Fecha prevista de finalización: _____</p> <p>A los fines de este aviso, puesto que las leyes federales lo prohíben, el término "cónyuge" no incluye a parejas en unión libre ni a parejas en unión civil del mismo sexo. Es posible que dichos beneficios estén disponibles bajo la legislación estatal o sean proporcionados por el titular de la póliza.</p>		
<p>Anteriormente, tenía cobertura de grupo como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado (terminó el empleo, le redujeron las horas, otra) 2. Cónyuge (se divorció del empleado, el empleado falleció). 3. Derechohabiente (alcanzó la edad límite, contrajo matrimonio, ya no es estudiante a tiempo completo, otra) 4. Cónyuge y derechohabientes (divorcio del empleado, fallecimiento del empleado, otros) 		

CÓNYUGE Y DERECHOHABIENTES CON COBERTURA Hijos derechohabientes mayores que la edad límite, indique si son estudiantes a tiempo completo (FTS, en inglés) o si tienen una discapacidad (HDPC, en inglés).

Nombre Apellido	N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación	Sexo	Hijo adulto FTS o HDPC	Nombre de la escuela acreditada
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Por la presente solicito estar asegurado/a y autorizo a que se deduzca de mi remuneración (si corresponde) la parte del costo de los beneficios a los que tengo derecho conforme a esta(s) póliza(s) de grupo emitida(s) al empleador mencionado arriba. Entiendo que, si no estoy en actividad laboral en la fecha de entrada en vigor de la cobertura, mi seguro no comenzará hasta el día en que vuelva a trabajar. Entiendo que, si se interrumpe mi actividad laboral, la cobertura podría caducar o finalizar. Entiendo que, si más adelante elijo solicitar las coberturas que he rechazado, mis costos podrían ser más elevados y probablemente deba completar un cuestionario de salud.

SOLO PARA USO INTERNO

FIRMA DEL EMPLEADO _____

FECHA _____

Exención de cobertura:

NO DESEO SOLICITAR COBERTURA en esta oportunidad y entiendo que la solicitud de cobertura en el futuro estará sujeta a los arreglos que puedan hacerse con la compañía.

FIRMA DEL EMPLEADO _____

FECHA _____



Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:

Alabama: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Hawái: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Maryland: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares (\$5,000), pero de no más de diez mil dólares (\$10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.



Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS (continuado):

Washington: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:

Alaska: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

Arizona: Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Delaware: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Minnesota: Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o que ayude a cometer fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, NH RSA 638:20.

Nuevo Jersey: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Nuevo Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.