



LIBERTY LIFE ASSURANCE COMPANY OF BOSTON

FORMULARIO DE PRUEBA DE ASEGURABILIDAD
COBERTURA POR INCAPACIDAD

University of California

SECCIÓN DEL EMPLEADOR
Nombre del empleador: UCM
Núm. de ID del grupo: 60-037972
Nombre del contacto:
Número de teléfono del contacto:

SECCIÓN DEL EMPLEADO (Por favor llene todos los espacios. La solicitud puede retrasarse si falta información).
Solicitud de inscripción tardía
Cambio en el periodo de espera de ___ a ___ días
Nombre del empleado:
Fecha de contratación:
Dirección del empleado: Ciudad: Estado: Código postal:
Número de seguro social: Fecha de nacimiento: Estatura: H/M: Peso:

Esta sección requiere respuestas completas sobre todos los solicitantes.

1. Durante los últimos 3 años, ¿ha consultado o recibido atención de algún médico u otro practicante o ha estado internado en algún hospital, clínica o institución similar?
2. ¿Actualmente está tomando medicamentos con o sin receta?
3. ¿Actualmente está embarazada?

IMPORTANTE: Debe responder SÍ o NO a cada una de las siguientes preguntas. No deje ninguna casilla en blanco ya que esto causará que se devuelva la solicitud.

¿Recibe tratamiento, padeció o se le ha informado que padece alguna enfermedad o síntoma en alguna de las siguientes zonas?: (Si respondió sí, escriba los nombres, fechas y detalles completos)

1. ESPALDA O MÉDULA ESPINAL
2. INTESTINOS
3. SISTEMA RESPIRATORIO
4. PRESIÓN ARTERIAL ALTA O BAJA
5. CÁNCER O TUMORES
6. ÚLCERAS

POR FAVOR COMPLETE TAMBIÉN EL REVERSO

7. DIABETES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
8. ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
9. CARDIOPATÍA, SOPLO u otros síntomas	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
10. TIROIDES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
11. ABUSO DE SUSTANCIAS/DROGAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
12. APOPLEJÍA O ENFERMEDAD CIRCULATORIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
13. GENITALES-VÍAS URINARIAS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
14. RIÑONES O HÍGADO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
15. Síntomas MENTALES/NERVIOSOS/EMOCIONALES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
16. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) La ley de California prohíbe que las aseguradoras condicionen la cobertura del seguro médico a la realización de una prueba para detectar el VIH.	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
17. COMPLEJO RELACIONADO CON EL SIDA (ARC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
18. EPILEPSIA O PARÁLISIS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

Declaro que he llenado por completo esta forma de solicitud y que todas las respuestas y declaraciones son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Acepto que el Asegurador puede basarse en las mismas al proceder con esta solicitud. Entiendo que ningún seguro tendrá validez a menos que el Administrador del Plan lo autorice y si se aprueba mi seguro estará sujeto a todos los términos y condiciones de las pólizas.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ **FECHA** _____
 La firma del solicitante indica que NINGUNA OTRA persona distinta ha contestado las preguntas.

ENVÍE ESTA FORMA A:
 Liberty Life Assurance Company of Boston
 Attn: Group Underwriting Department
 100 Liberty Way
 P.O. Box 1525
 Dover, NH 03821-1525