



**FECHA RECIBIDA  
SOLAMENTE PARA USO INTERNO**

Todas las Solicitudes deben ser  
sometidas a:  
Care Access Health Plan  
Underwriting Department  
P.O. Box 69-9002  
Miami, Florida 33269  
Phone: (305) 614-5010  
Toll Free: (800) 576-6460

**Solicitud de Seguro**

Esta Solicitud de Seguro permite a los miembros de una familia que están solicitando membresía individual, solicitarla completando una sola solicitud. Cobertura ofrecida por Care Access permite a los miembros de la familia que están solicitando el seguro hacerlo completando una sola forma de solicitud de seguro. Cobertura ofrecida por Care Access está descrita en el Contrato y Manual del Miembro Individual. Cada miembro de la familia (solicitante) aceptado por Care Access estará cubierto individualmente.

**Sección I –Instrucciones Importantes**

1. Usted, el Solicitante Primario, debe correctamente **COMPLETAR TODAS LAS PREGUNTAS E INFORMACIÓN REQUERIDA para evitar demoras en el proceso.**
  2. Por favor escriba en **LETRA DE MOLDE**, claramente con **TINTA NEGRA o AZUL**
  3. Esta **SOLICITUD DE SEGURO DEBE SER RECIBIDA DENTRO DE LOS 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA**
  4. Si usted necesita ayuda para completar esta solicitud de seguro, por favor llame a su Agente de Care Access.
  5. Cualquier declaración fraudulenta que se haga en esta solicitud cancelará su membresía por el término de dos (2) años a partir de la fecha en que la membresía fue efectiva.
- AVISO: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de causar daño, defraude o engañe al asegurador, presente una reclamación o solicitud conteniendo cualquier información falsa, incompleta, o engañosa es culpable de un crimen o delito de tercer grado.**

**Sección II – Información Importante**

1. Someta la solicitud de seguro completa con su cheque personal, libranza postal (money order), o cheque de gerencia (de cajero) como depósito para aplicarse al pago de la prima del primer mes, por la cantidad necesaria para todos los solicitantes y pagadero a la orden de Care Access Health Plan.
2. La fecha efectiva de cobertura será el día primero del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud de seguro por Care Access Health Plan.
3. **La Cobertura no es efectiva hasta que usted sea notificado por escrito por Care Access Health Plan.**

**A. DÍGANOS QUIEN ESTÁ SOLICITANDO COBERTURA Y SELECCIONE EL PRODUCTO(S)**

YO ESTOY SOLICITANDO COBERTURA PARA:  Mi  Esposo/a  Hijo/a(s)  Familia  
(Marque todos los que solicita)

Adjunto está mi cheque del Primer mes de prima en la cantidad de: \$  Cheque #:

Opciones Mensuales de Factura	Cobertura Ofrecida por Care Access Health Plan, y Endosos (Cobertura Adicional) por Proveedores Contratados	
<b>(Escoja uno y complete la forma correspondiente adjunta)</b> <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica Mensual de Fondos (EFT)	<b>Selección del Plan</b> <input type="checkbox"/> Opción Baja <input type="checkbox"/> Opción Alta	<b>Endoso Dental (adicional)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Débito a la Tarjeta Bancaria	<b>Plan Dental (si marcó Sí arriba)</b> <input type="checkbox"/> 801D <input type="checkbox"/> 802D	
<input type="checkbox"/> Facturación Mensual Directa (no se requiere ninguna forma)		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	<b>FECHA EFECTIVA QUE SE SOLICITA:</b> _____	

## B. INFORMACIÓN PERSONAL

Solicitante <b>Primario/Apellido</b>		Primer Nombre	Segundo Nombre	Estado o País de Nacimiento
Dirección Domiciliaria				Número de Teléfono en su Domicilio (      )
Ciudad	Estado	Zip	País	
Ocupación del Solicitante	Empleador del Solicitante		Número de Teléfono en el Trabajo (      )	
Ocupación del Conyugue	Empleador del Conyugue		Número de Teléfono en el Trabajo (      )	

1. ¿Alguna compañía de seguros ha impuesto alguna exclusión o modificación, ha negado al solicitante la emisión, o cobrado prima extra por una póliza de seguro de vida, incapacidad, seguro de salud, o ha sido rechazado, o su póliza anulada? Si la respuesta es **sí**, provea el nombre del solicitante, el nombre de la compañía de seguros y una breve explicación.

Sí     No \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido alguno de los solicitantes cobertura con alguna otra compañía durante los últimos 63 días? Si la respuesta es **sí**, por favor provea el nombre de la compañía de seguros, y la fecha en que la póliza fue efectiva y la fecha en que se terminó la cobertura.

Sí     No \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL (OPCIONAL)

Número del Seguro Social del Solicitante	Número de la Licencia de Conducir (si la tiene)
Número del Pasaporte/País de Origen (si lo tiene)	Número del Registro de Etranjeros (si lo tiene)
Número del Seguro Social del Conyugue	Número de la Licencia de Conducir (si la tiene) y estado
Número del Pasaporte/País de Origen (si lo tiene)	Número del Registro de Etranjeros (si lo tiene) y dónde le fue otorgado

## C. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y SELECCIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO (PCP)

### Solicitante **Primario 1**

Apellido		Primer Nombre		2do Nombre	Prima \$
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura P.      p.	Peso lbs	Número del Seguro Social	
PCP-(Dr.) Apellido		Primer Nombre		Es usted actualmente Paciente de este Doctor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (escriba abajo el nombre de su Dr., dirección y teléfono)	
PCP (Dr.) Número de Teléfono		PCP (Dr.) Dirección de la Oficina (Ciudad)		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	

**OFFICE USE ONLY  
APPROVAL**

---

*UW Initials*

### Solicitante **2** (Conyugue del Primario)

Apellido		Primer Nombre		2do Nombre	Prima \$
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura P.      p.	Peso lbs	Número del Seguro Social	
PCP-(Dr.) Apellido		Primer Nombre		Es usted actualmente Paciente de este Doctor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (escriba abajo el nombre de su Dr., dirección y teléfono)	
PCP (Dr.) Número de Teléfono		PCP (Dr.) Dirección de la Oficina (Ciudad)		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	

**OFFICE USE ONLY  
APPROVAL**

---

*UW Initials*

<b>Solicitante 3</b> <b>( Hijo(a) Dependiente)</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>OFFICE USE ONLY APPROVAL</b>   <i>UW Initials</i> </div>	Apellido			Primer Nombre		2do Nombre	Prima \$
	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura P.      p.	Peso lbs	Número del Seguro Social		
	PCP-(Dr.) Apellido		Primer Nombre		Es usted actualmente Paciente de este Doctor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (escriba abajo el nombre de su Dr., dirección y teléfono)		
	PCP (Dr.) Número de Teléfono		PCP (Dr.) Dirección de la Oficina (Ciudad)		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____		
<b>Solicitante 4</b> <b>( Hijo(a) Dependiente)</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>OFFICE USE ONLY APPROVAL</b>   <i>UW Initials</i> </div>	Apellido			Primer Nombre		2do Nombre	Prima \$
	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura P.      p.	Peso lbs	Número del Seguro Social		
	PCP-(Dr.) Apellido		Primer Nombre		Es usted actualmente Paciente de este Doctor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (escriba abajo el nombre de su Dr., dirección y teléfono)		
	PCP (Dr.) Número de Teléfono		PCP (Dr.) Dirección de la Oficina (Ciudad)		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____		
<b>Solicitante 5</b> <b>( Hijo(a) Dependiente)</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>OFFICE USE ONLY APPROVAL</b>   <i>UW Initials</i> </div>	Apellido			Primer Nombre		2do Nombre	Prima \$
	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura P.      p.	Peso lbs	Número del Seguro Social		
	PCP-(Dr.) Apellido		Primer Nombre		Es usted actualmente Paciente de este Doctor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (escriba abajo el nombre de su Dr., dirección y teléfono)		
	PCP (Dr.) Número de Teléfono		PCP (Dr.) Dirección de la Oficina (Ciudad)		Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____		

**Hijos(as) dependientes, entre las edades de 19 a 24 años, si son solteros y estudiantes a tiempo medio o completo, o si viven en su misma casa y dependen del sostén del Solicitante Primario, podrán ser cubiertos por este plan como dependientes. Documentación para probarlo deberá ser enviada adjunta a esta solicitud para su aprobación. SI NECESITA MÁS ESPACIO, POR FAVOR COMPLETE OTRA SOLICITUD DE SEGURO.**

**D. DECLARACIÓN DE SALUD**

Por favor asegúrese que toda la información contenida en esta solicitud de seguro está completa, es verdadera y exacta. Si usted es aceptado como miembro, cualquier información equivocada u omisiones en las respuestas en esta solicitud, puede resultar en la cancelación de la membresía y la anulación del Contrato y Manual del Miembro Individual, retroactivo a la fecha efectiva original. Por favor conteste todas las siguientes preguntas acerca de usted y de los otros solicitantes de membresía, y marcar apropiadamente la columna "Sí" o "No".

	Sí	No
1. ¿Está usted o alguno de los otros solicitantes experimentando cualquier síntoma por el cual aún no ha visto un doctor o le ha sido recomendado por un doctor alguna prueba o tratamiento que aún no se ha realizado?		
2. ¿Durante los últimos diez (10) años ha sido sometido usted o alguno de los otros solicitantes a alguna prueba, diagnóstico, consulta, terapia, tratamiento, cuidado de emergencia, recibido servicios en un hospital como paciente interno o paciente externo, y/o ha recibido medicamentos por alguna de las siguientes enfermedades o desarreglos?		

**Marque abajo la condición específica, enfermedad, o indisposición apropiada y marque la columna "Sí", si aplica**

	Sí	No
A. <input type="checkbox"/> Alcohol o Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> Dependencia Química <input type="checkbox"/> Anorexia o Trastornos Alimenticios <input type="checkbox"/> Desórdenes Mentales o Psiquiátricos		
B. Trastornos del Corazón como: <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón <input type="checkbox"/> Accidente Cerebro-Vascular <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hipertensión (si <b>Sí</b> , indique reciente Presión Arterial ____/____) <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva(CHF) <input type="checkbox"/> Alguna Otra Enfermedad Circulatoria o Trastornos Hematológicos		
C. Estómago, Desórdenes del Hígado o Colon como: <input type="checkbox"/> Úlceras Pépticas <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Diverticulitis <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Otros Desórdenes del Hígado <input type="checkbox"/> Desórdenes Rectales <input type="checkbox"/> Hernias <input type="checkbox"/> Enfermedad del Páncreas <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Vesícula Biliar		
D. Desórdenes del Ojo, Oído, Nariz y/o Garganta, como: <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Zumbido de Oído <input type="checkbox"/> Pólipos Nasales <input type="checkbox"/> Sinusitis Frecuentes <input type="checkbox"/> Amigdalitis		
E. Trastornos de la Vías Urinarias y/o de los Riñones como: <input type="checkbox"/> Cáncer o Engrandecimiento de la Próstata <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pélvica (PID) <input type="checkbox"/> Fibroma o Mioma <input type="checkbox"/> Flujo de Sangre Uterino Anormal <input type="checkbox"/> Displasia Cervical (Útero) <input type="checkbox"/> Prueba de Citología Anormal (Papanicolaou)		
F. Desórdenes Respiratorios o de los Pulmones como: <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño <input type="checkbox"/> Tos con Sangre		
G. Desórdenes de los Huesos, Espalda, Espina Dorsal o Coyunturas como: <input type="checkbox"/> Enfermedad o Trastorno Temporomandibular (TMJ) <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Trastorno de Tejido Conectivo <input type="checkbox"/> Disco Herniado <input type="checkbox"/> Ciática <input type="checkbox"/> Algún Otro Desorden Músculo-Esquelético o Enfermedad de Tejido Conectivo		
H. Desórdenes del Sistema Nervioso, Cabeza o Cerebro como: <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Frecuentes Desmayos <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Accidente Vascular Encefálico <input type="checkbox"/> Aneurisma Cerebral <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson		
I. Desórdenes Endocrinos (glandular) o Metabólicos como de: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Pituitaria <input type="checkbox"/> Adrenal <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Hemocromatosis <input type="checkbox"/> Obesidad		
J. Desórdenes Malignos como: <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Linfoma y Leucemia <input type="checkbox"/> Melanoma u otros Cánceres de la Piel		
K. Desórdenes de la Piel y Otras Condiciones Dermatológicas		
L. <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Defectos Congénitos / Nacimiento <input type="checkbox"/> Retraso Mental <input type="checkbox"/> Atraso del Desarrollo <input type="checkbox"/> Labio Leporino / Paladar Hendido		
M. Otra condición médica, enfermedad o desorden no mencionado anteriormente arriba _____		
3. ¿Ha sido usted o alguno de los otros solicitantes visto o tratado por: <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Human Papiloma Virus (HPV) <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Clamidia <input type="checkbox"/> Cualquier Otra Enfermedad Transmitida Sexualmente (STD)?		
4. ¿Está usted o alguno de los otros solicitantes tomando actualmente o ha tomado durante los dos últimos años alguna medicina que necesita receta médica? Si la respuesta es <b>sí</b> , por favor escriba el nombre de la medicina en la <b>Sección G, Información de Medicinas Recetadas</b>		
5. ¿Ha tenido usted o alguno de los otros solicitantes una mamografía anormal (incluyendo los solicitantes masculinos)?		
6. ¿Alguna solicitante femenina se ha chequeado en la casa para saber si estaba embarazada y la prueba resultó positiva, o ha sido diagnosticada de estar en estado de gestación?		
7. ¿Ha estado usted o alguno de los otros solicitantes cubiertos por Care Access o alguna de sus subsidiarias / afiliadas durante los tres (3) últimos años? Si la respuesta es <b>sí</b> , por favor escriba su número de miembro: _____		
8. ¿Está usted o alguno de los otros solicitantes esperando la llegada de un hijo/a o la llegada de algún otro dependiente adicional por quien usted (u otro de los solicitantes) puede tener la responsabilidad de proveerle con cuidados médicos o cobertura de seguro médico?		
9. ¿Se ha sometido usted o alguno de los otros solicitantes a pruebas con resultados positivos, para: <input type="checkbox"/> Virus de Inmuno Deficiencia (HIV) <input type="checkbox"/> Diagnosticado con Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) (ARC) <input type="checkbox"/> Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) (AIDS) <input type="checkbox"/> Cualquier Otra Condición Médica derivada de esa infección?		

## E. INFORMACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD

Si usted contestó "S" por usted o por cualquiera de los otros solicitantes a alguna pregunta en la **Sección D, Declaración de Salud**, por favor provea completos detalles en los siguientes espacios abajo para cada solicitante y si necesario, adjunte detalles adicionales en una hoja por separado. Por favor provea información en referencia a su última visita al médico y/o examen físico de **TODOS LOS SOLICITANTES** que desean ser inscritos en el plan de seguro.

NOMBRE DEL SOLICITANTE	PREGUNTA #	CONDICIÓN, DAÑO, SÍNTOMA DE ENFERMEDAD	FECHA DE COMIENZO (MES/AÑO)	FECHA DEL ÚLTIMO TRATAMIENTO (MES/AÑO)	GRADO DE RECUPERACIÓN	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Y EL MÉDICO PROVEEDOR QUE LE ATENDIÓ

## F. INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Escriba el nombre y la dirección de todos los médicos que ha visto en los últimos dos (2) años

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE / DIRECCIÓN / TELÉFONO DEL PROVEEDOR	FECHA DEL SERVICIO	MOTIVO DE LA CONSULTA

## G. INFORMACIÓN DE MEDICINAS RECETADAS

Escriba abajo todas las medicinas recetadas que usted tomó durante los dos últimos años.

NOMBRE DEL SOLICITANTE	MEDICAMENTO / DÓISIS FRECUENCIA (i.e. Lopressor / 100 mg / diario/)	ENFERMEDAD PARA LA QUE SE RECETÓ LA MEDICINA	FECHA DE LA RECETA (Mes/Día/Año)	FECHA QUE LA DESCONTINUÓ (Mes/Día/Año)	NOMBRE Y TELÉFONO DEL MÉDICO O EL HOSPITAL

Para proveer más información, por favor use hojas adicionales si fuere necesario. Escriba el número de la página, el nombre de la sección, y el número de la pregunta que usted está explicando. Además, por favor identifique al solicitante. El solicitante primario o el custodio legal ( si aplica) debe firmar todas las páginas adicionales.

## H. CONDICIONES PARA INSCRIPCIÓN

### CONDICIONES GENERALES

*Iniciales*

Care Access se reserva y tiene el derecho de rechazar cualquier solicitud. Nosotros podemos selectivamente aceptarlo a usted y a cualquier solicitante dependiente(s). Usted y/o cualquiera de los otros solicitantes no serán miembros a no ser que esta Solicitud llene los requisitos exigidos por las especificaciones de nuestro asegurador y una Notificación de Aprobación sea emitida para usted y cualquier otro solicitante. A pesar de que usted envió a Care Access un cheque (u otro tipo de pago) por la prima del primer mes de cobertura, la Notificación de Aprobación es el único documento que ata u obliga a Care Access con su aceptación. Si usted es rechazado, el pago de la prima del primer mes le será devuelto.

Un agente no puede garantizar aprobación, cambiar términos o pasar por alto las especificaciones requeridas para la membresía. Nosotros podemos pedir que usted pase pruebas de laboratorio, un examen físico y nos proporcione historial médico (si es requerido).

Cada solicitante o su custodio legal entiende que es su responsabilidad proveer a Care Access con información relacionada a cualquier cambio en el estado de su salud y/o el de sus dependiente(s) antes que la póliza entre en vigor, en la fecha efectiva de la cobertura.

**Cualquier información falsa, incompleta, o engañosa, intencional o no, es causa para cancelación de su membresía y anulación de su Contrato del Plan , y Care Access puede recuperar cualquier cantidad pagada por Servicios Cubiertos, obtenidos como resultado de la información falsa, incompleta o engañosa que usted proporcionó.** En la eventualidad de cancelación de la membresía y anulación del Contrato del Miembro Individual, Care Access no tendrá responsabilidad ninguna por la cobertura prevista bajo el Contrato y Manual del Miembro Individual.

**PAGO DE PRIMA**

*Iniciales*

**Por favor tome nota que esta póliza no será vendida como un grupo de seguro comercial. Usted y cualquier otro solicitante son responsables por el pago de la prima del primer mes, así como cualquier otro pago futuro si usted es aceptado para tener cobertura.**

**Si los fondos para pagos son sacados de una cuenta comercial, Yo/Nosotros certificamos con nuestras iniciales arriba puestas, que Yo/Nosotros soy/somos dueños del negocio y los pagos son solamente para mi cobertura y la de mi familia inmediata que también solicita la cobertura. Yo entiendo que pagos hechos a través de una cuenta de negocios no son para empleados u otros fuera de la familia inmediata. Devoluciones de primas son pagadas solamente a los solicitantes de la cobertura.**

**CLÁUSULA DE OMISIÓN**

*Iniciales*

Yo, por este medio hago constar y doy testimonio que todos las declaraciones y respuestas hechas en este documento, por quienquiera que las haya escrito, incluyendo las del dorso y las contenidas en las páginas adjuntas, son completas, verdaderas y correctas. Yo estoy de acuerdo que éstas son las bases para ser aceptado como Miembro. Yo entiendo que cualquier, información falsa, incompleta, o engañosa, por cualquier motivo que sea, relacionado con la presencia o historia de condiciones médicas preexistentes, puede resultar en la anulación de mi cobertura.

**CLÁUSULA DE NEGACIÓN**

*Iniciales*

Si Care Access Health Plan niega su petición de Membresía, usted será notificado por escrito. Care Access no ofrecerá razones sobre por qué su solicitud fue denegada.

## I. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

**MENOR COMO SOLICITANTE PRIMARIO**

*Iniciales*

Si el Solicitante Primario bajo esta solicitud es menor de 18 años de edad, el padre o custodio legal del Solicitante debe firmar como tal. En ese caso, el padre o custodio legal por este medio acepta a ser legalmente responsable por la exactitud de la información en esta Solicitud y por el pago de las primas. Si la persona responsable no es el padre natural del Solicitante, copias de los papeles de la corte autorizándole como custodio legal deberán ser sometidos con esta Solicitud

**RECONOCIMIENTO Y CONTRATO**

*Iniciales*

Yo entiendo y estoy de acuerdo que al aceptar servicios bajo un plan de salud con Care Access, yo y cualquiera de los dependientes registrados estamos obligados a entender y obedecer todos los términos, condiciones y provisiones del Contrato y Manual del Miembro Individual. Yo leí y entiendo los términos en todas las páginas de esta Solicitud, incluyendo las condiciones de la Solicitud de Cobertura. Yo entiendo que si esta Solicitud es aceptada, se convertirá en parte del Contrato y Manual del Miembro Individual. Mi firma, abajo, indica mi aceptación de estos términos, y confirma que la información dada en esta solicitud es completa, verdadera y correcta.

**CLÁUSULA DE CONDICIONES PREEXISTENTES**

*Iniciales*

Yo entiendo que existen exclusiones de cobertura para condiciones preexistentes y períodos de espera, y que mi cobertura y la de otros solicitantes identificados en la Solicitud de Cobertura deberán ser sujetas a esas exclusiones y períodos de espera por cualquier condición preexistente, según se defina en el Contrato y Manual del Miembro Individual. Yo también entiendo que existe un período de espera de 24 meses para recibir cobertura para las condiciones preexistentes, incluyendo medicamentos.

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN**

*Iniciales*

Yo, en nombre propio y en nombre de otros solicitantes miembros de mi familia menores de 18 años, por este medio autorizo a Care Access y sus empleados autorizados, sus agentes, proveedores contratados independientes y Proveedores Participantes, a divulgar, o obtener de, cualquier persona, proveedor, organización o agencia gubernamental, cualquier información, incluyendo historial médico de los solicitantes, e/o información que Care Access necesite o esté obligada a proveer en referencia a algún proceso legal, federal, estatal, local, o que de otra manera necesite para administrar el plan de salud. Yo, por este medio, autorizo a cualquier médico licenciado, practicante médico, hospital, institución, o persona; que tenga historial médico, expediente, o conocimiento de mí, o de mi salud, a dar a Care Access, o sus reaseguradores cualquier información de ese tipo. Una fotocopia de esta Autorización es considerada tan válida como lo es el original. Usted tiene derecho a hacer una copia de esta autorización y devolverla. Esta autorización se mantendrá en efecto indefinidamente, a no ser que sea propiamente cancelada por escrito.

Cualquier persona que a sabiendas y con intención de causar daño, defraude, o engañe al asegurador, presente una reclamación o solicitud conteniendo cualquier información falsa, incompleta, o engañosa, es culpable de un crimen o delito de tercer grado.

Yo hago constar que he leído y entiendo los términos al dorso de esta solicitud. Mi firma abajo indica mi aceptación de estos términos y que la información que está contenida en esta Solicitud es completa, verdadera y correcta. Care Access se reserva el derecho de anular la cobertura de esta póliza debido a cualquier información incorrecta en esta Solicitud de Cobertura. Información incorrecta es determinada por Care Access a su única y sola discreción.

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE PRIMARIO      Fecha

X \_\_\_\_\_  
PADRE O CUSTODIO LEGAL (si el único solicitante es menor de 18 años de edad)      Fecha

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONYUGUE      Fecha

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AGENTE (si aplica)      Fecha

## J. NOTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Para diligenciar en caso de que la solicitud no es completada por el solicitante.

Yo, \_\_\_\_\_, personalmente he leído y completado esta Solicitud Individual de Cobertura por el solicitante nombrado abajo porque:

- Solicitante no lee español     Solicitante no habla español     Solicitante no escribe español  
 Otro (explique) \_\_\_\_\_

Yo traduje el contenido de esta forma lo mejor posible que pude y con lo mejor de mi conocimiento obtuve y entré toda la información personal pedida y el historial médico revelado por:

X \_\_\_\_\_  
Firma del traductor (Necesaria)

\_\_\_\_\_  
Fecha en que está firmando (Necesaria)

## K. CERTIFICACIÓN DEL AGENTE

¿Está usted en conocimiento de cualquier información no revelada en esta Solicitud de Cobertura la cual pueda tener importancia y afectar algo en relación con la asegurabilidad del Solicitante?

- Sí, explique y adjunte una explicación       No

¿Vió usted al solicitante y le preguntó cada pregunta en esta Solicitud de Cobertura exactamente como estaba escrito?

- Sí       No

X \_\_\_\_\_  
Firma del Agente (en tinta)

\_\_\_\_\_  
Fecha en que está firmando

**Todas las Solicitudes Deben Ser Sometidas a:**

**Care Access Health Plan**  
**Underwriting Department**  
P.O. Box 69-9002  
Miami, Florida 33269  
Phone: (305) 614-5010  
Toll Free: (800) 576-6460

## L. RECIBO

**Cheque Personal, Libranza Postal (money order), o Cheque de Gerencia (de cajero) DEBE acompañar a la solicitud(es) de cobertura, y debe ser pagadero a Care Access Health Plan.**

Recibido de \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ el pago de la prima del primer mes \$ \_\_\_\_\_  
cheque personal/libranza postal (money order)/cheque de gerencia (de cajero) # \_\_\_\_\_, y fechado \_\_\_\_\_.

1. Yo/nosotros entiendo/entendemos que este es un plan Individual y no un plan auspiciado por el empleador. Yo soy completamente responsable por el pago de cualquier prima en el futuro (si soy aprobado para tener cobertura) y cualquier fallo en el pago de la prima causará la cancelación de la cobertura.
2. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que mi/nuestra Solicitud de Seguro está sujeta a una evaluación hecha por el asegurador y a verificación de la información ofrecida. La prima entregada con la Solicitud es un depósito y no me/nos da derecho a tener cobertura hasta que yo/nosotros haya/hayamos recibido confirmación por escrito de la aprobación de nuestra Solicitud por Care Access. En la eventualidad que la Solicitud(es) sea denegada, la prima del primer mes me será devuelta.
3. Care Access Health Plan aguantará la Solicitud(es) en las que falta información por un máximo de 30 días. Después de 30 días, la Solicitud(es) se cerrarán y el depósito se devolverá al Solicitante.
4. Una vez que la aprobación sea confirmada por Care Access Health Plan, la cobertura comenzará en el día designado como la fecha efectiva por Care Access en la Notificación de Aceptación. Mi/nuestra prima mensual comenzará en la fecha aprobada como la fecha en que la cobertura es efectiva. Care Access no es responsable por el pago o por proveer servicios médicos antes de la fecha en que mi/nuestra Membresía es efectiva.
5. Si Yo/Nosotros tengo/tenemos actualmente cobertura de seguro de salud para mi y mi familia, yo no debo cancelar dicha cobertura hasta que yo/nosotros tenga/tengamos la notificación por escrito de CareAccess de que la Solicitud(es) de cobertura Individual han sido aprobadas.

**Yo/Nosotros por este medio hago/hacemos constar que yo/nosotros he/hemos leído esta Solicitud de Seguro y que yo/nosotros entiendo/entendemos completamente y acepto/aceptamos su contenido y que ninguna otra explicación es necesaria.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante Primario (Custodio Legal si menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma del Conyugue

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma del Agente (si aplica, y entonces complete abajo)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **INFORMACIÓN DEL AGENTE** - (Para ser completada por el Agente)

Nombre (Imprima): \_\_\_\_\_

Numero del Seguro Social/TIN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número del Agente: \_\_\_\_\_

Email del Agente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia General: \_\_\_\_\_

Fax del Agente: \_\_\_\_\_

Número de la Agencia General: \_\_\_\_\_

Care Access Numero de Agente/Agencia: \_\_\_\_\_