



ASSURANCE TRUST

SOLICITUD DE EVIDENCIA SOBRE ESTADO FISICO INDIVIDUAL

P.O. Box 2130 • Newport Beach, CA 92658

SOLICITUD DE EVIDENCIA SOBRE ESTADO DE SALUD INDIVIDUAL

Si desea cobertura, proporcione la información necesaria acerca de usted y cada una de las personas elegibles que quiera cubrir. Si lo que necesita es solamente agregar a la lista actual de cobertura, simplemente anote el nombre de la persona(s) que desea añadir. Adjunte las hojas adicionales que sean necesarias. Use letra clara de imprenta y tinta azul o negra.

1. PROPOSITO: Sírvase marcar la caja que corresponda con la cobertura deseada.

Solicitante Nuevo
 Adición Dependiente
 Inscripción Tardía
 Cambio en Cobertura

2. INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE: El Solicitante debe llenar esta sección.

| | | | |
|--|----------------|--|----------------------------|
| APELLIDO | PRIMER NOMBRE | S.N. | NÚMERO DO SEGURIDAD SOCIAL |
| DIRECCIÓN COMPLETA (NO ACEPTAMOS # P.O. BOX) | | <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO | TEL CASA |
| CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL | TEL NEGOCIO |
| OCCUPACIÓN | PATRÓN/EMPRESA | | FECHA DE EMPLEO |

3. INFORMACION SOBRE EL BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA:

| | | | |
|----------|---------------|------|------------|
| APELLIDO | PRIMER NOMBRE | S.N. | PARENTESCO |
|----------|---------------|------|------------|

Quando se han designado dos o más beneficiarios, los créditos se pagarán por partes iguales a beneficiarios designados que sobrevivan al asegurado o, en su defecto, a su sobreviviente o sobrevivientes. De no haber beneficiario sobreviviente, los pagos se efectuarán de acuerdo a los términos de la póliza, ej: al esposo/a, madre, padre, hijo o hijos, ó a los albaceas ó administradores del Empleado. Esta designación revoca todas y cada una de las designaciones anteriores. El asegurado se reserva su derecho de cambiar el beneficiario cada vez que sea necesario.

4. INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE Y SU FAMILIA: Liste su nombre y los de otros miembros elegibles de su familia que vayan a ser incluidos en esta inscripción. Si el apellido de su esposo/a es diferente al suyo, favor explicar.

| | Apellido | Primer Nombre | S.N. | Estatura | Peso | Edad | Nacimiento |
|---------------------------------|----------|---------------|------|----------|------|------|------------|
| <input type="checkbox"/> Hombre | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mujer | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Esposo | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Esposa | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hija | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hija | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hija | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hija | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hijo | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hija | | | | | | | |

5. OTRA COBERTURA:

Hay algún solicitante, de los aquí incluidos, que durante los últimos 5 años haya estado bajo la cobertura de WGAT? Sí No

Fecha de Cancelación: Mes _____ Día _____ Año _____

Si respondió Sí, escriba su numero de Seguro Social _____

Hay algún solicitante a quien le hayan declinado, pospuesto, restringido, o cobrado primas adicionales por concepto de seguro de vida, incapacidad o salud? Sí No Si respondió Sí, indique nombre de solicitante, nombre de la compañía de seguros y dé una breve explicación. _____

Hay algún solicitante, de los aquí incluidos, que actualmente tenga cobertura de seguro médico? Sí No

Asegurado(s) (a) _____ Compañía _____ Colectivo Individual

Tiene usted la intención de discontinuar dicha cobertura si le aceptan esta solicitud? Sí No Si usted respondió que no, sírvase explicar: _____

6. SU HISTORIA CLINICA Y LA DE SU FAMILIA: Incluya la información relativa a todos los miembros de su familia para quienes desea cobertura. Hay algún solicitante, de los aquí incluidos, que haya ido a consulta, pedido consulta, buscado tratamiento, le hayan recomendado o lo hayan sometido a tratamiento ó hospitalización por cualquiera de las siguientes condiciones? Conteste "Sí" o "No" a todas las preguntas. **LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERAN RECHAZADAS.**

SÍ NO

- 1. Sistema Cerebral/Nervioso—Tales como dolor de cabeza, convulsiones, epilepsia, vértigo, debilidad, parálisis, ataques.
- 2. Sistema Circulatorio/Corazón—Tales como dolor de pecho, alta tensión arterial, afección al corazón, murmullo del corazón, coágulos de sangre, flebitis, venas varicosas, ataques.
- 3. Sistema Respiratorio/Pulmonar—Tales como fiebre de heno, alergias, sinusitis, asma, bronquitis, enfisema, neumonía, tuberculosis.
- 4. Sistema Digestivo—Tales como amigdalitis, úlcera, colitis, vesícula, diarrea crónica, hernia, hemorroides, hepatitis, pancreatitis, cirrosis, problemas intestinales, problemas rectales.
- 5. Vías Urinarias—Tales como infecciones del riñón o la vejiga, cálculos.
- 6. Sistema Reproductivo del Hombre—Tales como próstata, infecciones, impotencia, infertilidad, enfermedades venéreas.
- 7. Sistema Reproductivo de la Mujer—Tales como senos, infertilidad, desajustes de menstruación, infecciones, enfermedades venéreas.
- 8. Sistema Esquelético/Muscular—Tales como artritis, bursitis, gota, espina dorsal, articulaciones de los huesos, dolor muscular y de tendones, lesiones o trastornos.
- 9. Sistema Metabólico—Tales como AID/ARC, anemia, trastorno adrenal, diabetes, lupus, Reynauds.
- 10. Cáncer, tumor, quiste, crecimientos, leucemia.

SÍ NO

- 11. Trastornos de la Piel, marcas de nacimiento, anomalías congénitas.
- 12. Enfermedad/Deterioro de los ojos/vista, oído/audición, nariz/respiración?
- 13. Trastornos mentales, nerviosos, emocionales o de comportamiento, trastornos relacionados con hábitos de alimentación?
- 14. Ha tenido dificultad ó dolor al respirar, tragar ó masticar?
- 15. Ha tenido parto con sección cesárea?
- 16. Hay alguien que esté embarazada? _____
Fecha de la última menstruación? _____
- 17. Fecha de último examen pélvico: _____
- 18. Ha recibido beneficios de MediCare, Medi-Cal, o del Seguro de Incapacidad del Estado de California o por Compensación Laboral?
- 19. Durante los últimos cinco años ha sido hospitalizado, sometido a cirugía, consultado o visto a algún médico, sicólogo, asesor, terapeuta o cualquier otro tipo de proveedor médico?
- 20. Durante los últimos cinco años ha usado drogas o sustancias ilegales o controladas?
- 21. Durante los últimos doce meses ha tomado medicinas recetadas? (Si respondió "Sí", llene la sección titulada "MEDICINAS".)
- 22. Ha sido tratado por alcoholismo?

Sírvase explicar y dar los DETALLES COMPLETOS que correspondan a cada una de las condiciones anteriores marcadas "Sí". Incluya el nombre del miembro de familia, naturaleza de la condición, fechas y término del tratamiento. **(ADEMAS, DETALLE LOS SIGUIENTES DATOS RELATIVOS A LA ULTIMA CONSULTA MEDICA Y/O EXAMEN FISICO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE FAMILIA AQUI INCLUIDOS SIN CONSIDERAR LAS FECHAS NI LOS MOTIVOS.)** (Adjunte las hojas adicionales que sean necesarias.)

| COND. NO. | NOMBRE DEL FAMILIAR (Nombre bajo el cual está en el Record Médico) | | NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIONES Hospital, Médicos, Clínicas (incluya Zona Postal) | | ENFERMEDADES O CONDICIONES TRATADAS | TRATAMIENTO RECIBIDO TAL COMO EXAMENES, RAYOS X, CIRUGIA, ETC. |
|-----------|---|--|--|--|--|---|
| | Nombre | | Nombre | | | |
| | | | Dirección Of# | | | |
| | Fecha que comenzó el tratamiento? Mes/Año | Todavía bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que terminó | Ciudad | | | |
| | | | Estado Zona | | | |
| | | | Teléfono | | | |
| | Nombre | | Nombre | | | |
| | | | Dirección Of# | | | |
| | Fecha que comenzó el tratamiento? Mes/Año | Todavía bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que terminó | Ciudad | | | |
| | | | Estado Zona | | | |
| | | | Teléfono | | | |
| | Nombre | | Nombre | | | |
| | | | Dirección Of# | | | |
| | Fecha que comenzó el tratamiento? Mes/Año | Todavía bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que terminó | Ciudad | | | |
| | | | Estado Zona | | | |
| | | | Teléfono | | | |

Sírvase listar **TODAS LAS MEDICINAS** que usted o los miembros de su familia aquí incluidos, estén tomando actualmente o que hayan tomado durante el último año.

| NOMBRE MIEMBRO DE FAMILIA | NOMBRE MEDICINA (LETRA IMPRENTA) | NOMBRE Y DIRECCION MEDICO ENCARGADO | ENFERMEDAD POR LA CUAL RECETARON LA MEDICINA | FECHA RECETA | FECHA DESCONT. |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|--------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

