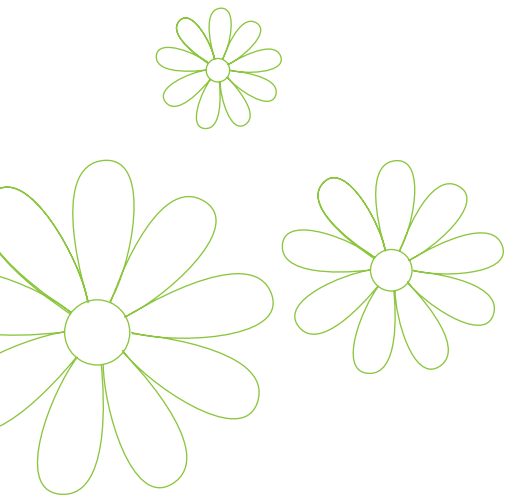


plan individual

solicitud de inscripción



Lovelace
Insurance Company

Solicitud de inscripción del *iPlan* del *Lovelace*

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Qué es su oficio? _____ Nombre del empleador: _____

¿Cuánto tiempo ha trabajado para dicho empleador? _____ años _____ meses

¿Está recibiendo usted actualmente prestaciones de seguro social por incapacidad, la cobertura del programa *Medicare* o *Medicaid* u prestaciones de otros programas gubernamentales, o no le es posible trabajar a causa de una incapacidad o está recibiendo usted las prestaciones del programa de Compensación a los Trabajadores o ingresos por incapacidad a causa de una enfermedad o una lesión?

Sí No Si contestó afirmativamente, proporcione información detallada: _____

¿Está usted cubierto actualmente por alguna otra compañía de seguro médico? Sí No

Si contestó afirmativamente, ¿desea mantener dicha cobertura de seguro si se le acepta para la cobertura de este plan?

Sí No

Si contestó afirmativamente, sírvase llenar lo siguiente:

Persona que cubre el plan: _____ Nombre de la compañía de seguro médico: _____

Tipo de cobertura de seguro (por ejemplo, individual, una entidad colectiva, conversión, *COBRA*, programa *Medicare* o *Medicaid*, *NMMIP*, *NMHIA*): _____

¿A usted mismo u algún familiar cuyo nombre aparece en esta solicitud se le ha alguna vez denegado su solicitud de seguro médico, o se le ha abrogado, cancelado o cobrado una prima de seguro adicional por el mismo, o se le ha aplicado una cláusula adicional de exclusión a su seguro médico? Sí No

Si contestó afirmativamente, sírvase indicar el nombre de la compañía de seguro médico y explíquelo: _____

¿Dónde oyó usted hablar acerca del *Lovelace Individual Plan*?

Televisión Radio Cartelera Periódico Información directa por correo Agente Médico
 Otro _____

¿Está usted trabajando con un agente? Sí No Si contestó afirmativamente, ¿con quién? _____

SEGUNDA SECCIÓN: CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD: Se debe llenar para cada persona que solicite la cobertura de seguro médico

Se aplican a este plan restricciones por afecciones médicas preexistentes que padezcan los solicitantes de 19 años de edad en adelante. Tanto las afecciones médicas preexistentes que se hayan divulgado como las que no se hayan divulgado se denegarán por los primeros seis meses de la cobertura de seguro, a partir de la fecha en que se expida la póliza, a menos que el solicitante cuente con una cobertura de seguro anterior digna de crédito.

FÍJESE BIEN: Además de contestar las preguntas que se encuentran a continuación, tal vez también requiramos una entrevista por teléfono. Sírvase indicar el momento más conveniente para comunicarnos con un solicitante que sea adulto para hacer la entrevista. 8-10am 10am-12pm 12-2pm 2-4pm

Número de teléfono: (____) _____

¿Habla usted inglés? Sí No

Si respondió negativamente, sírvase indicar el idioma en que prefiere comunicarse: _____

La información que se proporciona en este cuestionario sobre la salud se utiliza para fines de evaluar los riesgos médicos de cada solicitante individual y se utiliza conforme a las normas de suscripción del *Lovelace Insurance Company*. Toda

Solicitud de inscripción del *iPlan* del *Lovelace*

omisión de información médica o declaración errónea referente a la información médica que sean pertinentes para la decisión de aceptar la inscripción en el plan puede causar que se anule su cobertura de seguro.

El hecho que se acepte o deniegue una solicitud se basa en cada persona individual. Este cuestionario sobre la salud formará parte del contrato entre cada miembro del plan y el *Lovelace Insurance Company*. Si se deniega la cobertura de seguro a una persona que la solicite, aún se pueden aceptar los otros familiares.

DIRECCIONES: Sírvase marcar SÍ o NO por cada afección médica. Si usted contesta afirmativamente con respecto a alguna afección médica en la tabla siguiente, sírvase proporcionar los detalles, en su cabalidad, en la sección de “Detalles de los Antecedentes Médicos”. En los últimos diez años, USTED, su CÓNYUGE, o algún DEPENDIENTE que usted esté inscribiendo en el plan han recibido tratamiento, o han sido diagnosticados u hospitalizados, o han tenido cirugía o se les ha recomendado que tengan cirugía en el futuro, o se le han hecho análisis diagnósticos o tratamientos médicos por alguna de las afecciones médicas que se presentan a continuación:

AFECCIÓN MÉDICA	SÍ	NO	AFECCIÓN MÉDICA	SÍ	NO	AFECCIÓN MÉDICA	SÍ	NO
Reflujo ácido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Displasia cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado alto del análisis de la función del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Acné</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Si contestó afirmativamente, referente a la displasia cervical, ponga un círculo para indicar el tipo e indique la fecha de su última prueba de Papanicolau normal:</i>			Antígeno prostático específico [PSA] elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Complejo relacionado con el SIDA [ARC]</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Trastorno emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Alcoholismo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Enfisema		
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Escamoso atípico			Trastorno endocrino, pituitario, adrenal, metabólico o del crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Escamoso, grado bajo			Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aneurisma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Escamoso, grado alto			Ganglio(s) linfático(s) hinchado(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angioplastia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Glandular			Epilepsia o trastorno de convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desequilibrio químico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción eréctil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todo otro trastorno del sistema genital o reproductivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de los ojos, oídos, nariz o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de manipulación quiropráctica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mastopatía fibroquística del seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor fibroide o uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de fatiga crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [COPD]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo de fijación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del sistema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de déficit de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía gástrica o de pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo gastroesofágico [GERD]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de autoinmunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anormalidad congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verrugas genitales		
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de tejido conectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de <i>Barrett</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de consejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia a la glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinoma de células basales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno del comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cistocele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno degenerativo de los discos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de <i>Graves</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulto o pólipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulo de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabique desviado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ginecomastia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones de la cabeza o concusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno cerebral o neurológico o del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del sistema digestivo o gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nódulo o quiste en el seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del esófago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad o trastorno del páncreas, hígado o vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juanete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca (en el transcurso de la vida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bursitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad diverticular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivación [<i>bypass</i>]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de <i>Down</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemangioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (en el transcurso de la vida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome del túnel carpiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Azúcar elevada en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trastorno del sistema nervioso central o periférico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Solicitud de inscripción del *iPlan* del Lovelace

AFECCIÓN MÉDICA	SÍ	NO	AFECCIÓN MÉDICA	SÍ	NO	AFECCIÓN MÉDICA	SÍ	NO
Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latido cardíaco irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rectocele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sustitución de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queratocono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos respiratorios o pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protuberancia o hernia de disco o disco hinchado, roto o deslizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queratosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol o triglicéridos altos o ambos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si contestó afirmativamente, indique la fecha y los resultados de los análisis más recientes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo de seguimiento o derivación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• HDL _____			Lesiones en la piel o en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Triglicéridos _____			Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos cutáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Colesterol total _____			Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia hormonal sustitutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Melanoma maligno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arañas vasculares [<i>spider veins</i>]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia matrimonial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos vertebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus del Papiloma Humano (VPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cánula intraluminal de arteria coronaria [<i>stent</i>]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retaso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si contestó afirmativamente, indique tres resultados y las fechas de los mismos del último año.</i>			Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de sustancias adictivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad(es) sistémica(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular [<i>TMJ</i>]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Neurofibromatosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la tiroides, incluso los nódulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de productos de tabaco en los últimos 24 meses (de todo tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transplantes de órganos, tejidos o de la médula ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidente Isquémico Transitorio [<i>TIA</i>]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno del sistema inmunitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección o trastorno del tracto urinario, la vejiga, los riñones o la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis, osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor o quiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilidad, endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quiste ovárico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones en las rodillas, los hombros, la mandíbula, los músculos o las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones, enfermedades o trastornos de la espalda, del cuello o la espina dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resistencia a la insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pancreatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sustitución de las válvulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Trastorno generalizado del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Terapia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicosidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nervios comprimidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Pulmonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Trastorno de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Dispositivos protésicos (incluso, entre otros, clavijas, placas, tornillos, varillas, alambres, sustitución de las articulaciones o implantes, incluso implantes mamarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Artritis psoriásica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Trastornos rectales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Está embarazada en este momento una de las solicitantes o hay un solicitante cuya pareja está en cinta o está un solicitante en el proceso de adoptar un niño(a)? Sí No

Si contestó afirmativamente ¿quién?: _____ Fecha del parto, si está en cinta: _____
 ¿Ha tenido algún embarazo anterior complicado o de alto riesgo? Sí No

¿Esta utilizando actualmente una de las solicitantes un método anticonceptivo? Sí No
 Si contestó afirmativamente ¿qué tipo de método anticonceptivo?: _____

¿Se le ha recetado a alguno de los solicitantes una medicina en los últimos 12 meses para tratar una enfermedad más allá de un resfrío ordinario o la gripe, o ha tomado algún solicitante una medicina de receta en ese plazo de tiempo o una medicina para prevenir los embarazos que no se hayan indicado en alguna otra parte de esta solicitud? Sí No

Solicitud de inscripción del *iPlan* del *Lovelace*

CUARTA SECCIÓN: ACUERDO CON ANTELACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE LOS PAGOS

Los pagos de todos los solicitantes que se enumeran en esta solicitud se deben retirar de la misma cuenta. Si un solicitante desea utilizar otro código de sucursal o banco u otro número de cuenta bancaria debe llenar una solicitud por separado. *Esa información se necesitará en el momento en que se ofrezca la tasa de la póliza de seguro y en el momento en que se acepte.*

QUINTA SECCIÓN: ASEVERACIONES, ATESTACIONES Y AUTORIZACIONES

Por la presente consiento, hasta el punto que permita la ley pertinente, a que toda persona o entidad incluso, sin restricciones, los profesionales médicos, las farmacias o los administradores de los beneficios farmacéuticos, los proveedores de servicios clínicos y las compañías de seguro divulguen al *Lovelace Insurance Company* o a sus agentes la información sobre la salud que pueda identificarme específicamente (es decir, la "Información Confidencial sobre mi Salud") o permitan que la utilicen para todos los fines permisibles, incluso, entre otros, para determinar la elegibilidad para el seguro, para garantizar la calidad, para investigar cómo se utilizan los beneficios del plan, para procesar las reclamaciones, para llevar a cabo las revisiones de las cuentas u otros fines correspondientes al tratamiento, pago u operaciones y actividades de servicios clínicos del *Lovelace Insurance Company*. Comprendo que tal vez sea necesario que las partes que administran el plan en el cual me estoy inscribiendo obtengan la Información Confidencial sobre mi Salud o la proporcionen a otras entidades. Por lo tanto:

1. Autorizo a toda persona o entidad que tenga Información Confidencial sobre mi Salud a fin de que proporcionen dicha información, si la solicitan, al *Lovelace* y a los proveedores de servicios clínicos que colaboren con el mismo o a toda entidad que lleve a cabo un servicio con fines de determinar la elegibilidad bajo el plan, para la administración del plan, para realizar todos los programas u operaciones del *Lovelace*, o para evaluar los servicios y suministros médicos.
2. Autorizo al *Lovelace* a fin de que divulgue toda Información Confidencial sobre mi Salud a toda persona, compañía o entidad si determinase que dicha divulgación es necesaria o apropiada para la administración del plan, para realizar los programas o diligencias del *Lovelace*, para evaluar la calidad y la accesibilidad de los servicios y suministros médicos, o para informar a los terceros que estén involucrados en la administración del plan.
3. Comprendo que autorizar esta divulgación de la Información Confidencial sobre mi Salud se hace voluntariamente. Puedo negarme a firmar esta autorización, sin embargo, comprendo que hacer eso puede demorar o impedir el procesamiento de esta solicitud.
4. Otorgo esta autorización en mi propio nombre o como el tutor legal del(de los) niño(s) menor(es) de edad, o ambos. Comprendo que esta autorización permanece en efecto hasta que yo envíe al *Lovelace* un aviso escrito que revoque la misma. Tanto el *Lovelace* como otras partes pueden basarse en esta autorización hasta que se revoque o hasta que caduque en veinticuatro (24) meses, a partir de la fecha en que el *Lovelace* haya recibido esta solicitud. Comprendo que la revocación no entra en vigor con respecto a toda la información que se haya divulgado anteriormente a raíz de esta autorización.
5. Comprendo que toda información que se haya divulgado conforme a esta autorización tal vez ya no esté cubierta por las reglas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad de la información sobre la salud.
6. Comprendo y certifico que un agente para la Compañía no cuenta con la autoridad de pasar por alto los requisitos que se establecen en esta solicitud. No tengo derecho a basarme en ninguna aseveración o declaración que contradigan las palabras que se encuentran en esta solicitud.

Si los solicitantes desean revocar esta autorización deben escribir al:

Lovelace Insurance Company
 HIPAA Privacy Officer
 4101 Indian School Rd, NE
 Albuquerque, NM 87110

La "Información Confidencial sobre mi Salud" abarca, con respecto a mí mismo o a un(a) hijo(a) dependiente o menor de edad que cubra el plan, toda información correspondiente a cuestiones médicas, dentales, de salud mental, de abuso de sustancias adictivas, de enfermedades contagiosas, del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) e información sobre las incapacidades e información correspondiente al empleo.

El "*Lovelace*" significa el *Lovelace Insurance Company*, sus afiliados, sucursales y otras entidades que haya contratado el *Lovelace Insurance Company* para fines de administrar la cobertura del plan cuya inscripción se solicita mediante el documento presente.

Solicitud de inscripción del *iPlan* del *Lovelace*

Acepto: Al firmar esta solicitud, comprendo y acepto que he leído esta solicitud cabalmente y he verificado la veracidad de toda la información que contiene la misma, ya sea información que haya escrito yo mismo(a), mi cónyuge legal, o mi padre o madre o tutor legal.

Por la presente, certifico y afirmo mi autoridad, actual y continuada, para actuar en mi propio nombre o en nombre de mi(s) hijo(s) dependiente(s) menor(es) de 18 años de edad, o ambos, con respecto a toda estipulación del acuerdo. Toda información que se encuentra en esta solicitud es correcta y veraz. Comprendo que la cobertura de seguro que se expide bajo el plan se basa en esta información. **Comprendo que si cambia el estado de salud, ya sea el mío o de alguno de mi(s) dependiente(s), después de que haya llenado este formulario o antes de que entre en vigor mi cobertura de seguro, tengo la responsabilidad de avisar al *Lovelace Insurance Company* antes de la fecha en que entre en vigor la cobertura de seguro.** Comprendo que si se aprueba esta solicitud, recibiré mi Evidencia de la Cobertura de seguro y el Resumen de los Beneficios del *Lovelace Individual Plan*, los cuales enumeran los benéficos, las restricciones y las exclusiones correspondientes a mi plan de seguro médico. Además, comprendo que si se aprueba esta solicitud, recibiré mi Acuerdo de Miembro del Plan el cual da constancia escrita del hecho de que soy miembro del Plan Individual, proporciona detalles referentes a los beneficios que ofrece mi plan, indica la fecha en que entra en vigor la cobertura de seguro y la fecha de mi aniversario como integrante del plan, la cantidad de la prima mensual de seguro que se retirará automáticamente de mi cuenta bancaria y otra información.

Acepto que he leído y comprendo todas las preguntas que se encuentran en esta solicitud. Al firmar a continuación, certifico que las respuestas que he proporcionado son correctas, cabales y completamente veraces, a mi entender. Comprendo que la Compañía puede enmendar o abrogar la póliza de seguro si se expidió la misma basándose en una declaración errónea que haya hecho yo en la respuesta a una pregunta de la solicitud, incluso sobre el uso de tabaco. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta solicitud y me puedo comunicar con el *Lovelace* para pedirla. Al llenar esta solicitud, tengo entendido que certifico y afirmo mi autoridad, actual y continuada, para actuar en mi propio nombre, en nombre de mi cónyuge legal y en nombre de todos mis hijos dependientes menores de 18 años de edad cuyos nombres aparecen más arriba. La cobertura de seguro está sujeta a las exclusiones que rigen las afecciones médicas preexistentes, a los plazos de espera, a los plazos de la cobertura de seguro anterior digna de crédito y a los plazos de afiliación, conforme a lo que se permite bajo las leyes de Nuevo México. No se prohíbe el uso de índices diferenciales de precios, cobros o primas de seguro por factores de sexo o edad con tal que se basen en datos estadísticos y de expertos y que sean objetivos, válidos y que estén al día.

Certifico que mi empleador no está pagando ninguna porción de la prima de este seguro en este momento, ni lo hará en el futuro, si se ofreciese la cobertura de seguro.

Todos los solicitantes que sean adultos, incluso usted mismo(a) y su cónyuge y todo dependiente que tenga 18 años de edad en adelante, deben firmar y poner la fecha en esta solicitud no más 90 días antes de la fecha que se pide que entre en vigor. El padre, la madre o el tutor legal deben firmar y poner la fecha en esta solicitud en nombre de todo(a) hijo(a) que sea legalmente dependiente y menor de 18 años de edad. **Los adultos de 19 años de edad en adelante que sean dependientes deben presentar una solicitud por separado.**

TODA PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA QUE SE HAGA UN PAGO POR UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE COMETER UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETO A MULTAS CIVILES O A SANCIONES PENALES.

Firma del solicitante principal
(o del padre, la madre o el tutor legal del dependiente menor de 18 años de edad)

Fecha: _____

Firma del(de la) cónyuge (se requiere, si corresponde)

Fecha: _____

Firma de otros solicitantes (dependiente menor de 18 años de edad)

Fecha: _____

Solicitud de inscripción del *iPlan* del *Lovelace*

INFORMACIÓN SOBRE EL AGENTE (SI CORRESPONDE)

Esta sección la debe llenar el agente que esté certificado y que haya sido nombrado por el *Lovelace Insurance Company*. Dicho agente también debe llenar los documentos de nombramiento del *Lovelace iPlan*.

Nombre del agente: _____ Nombre de la agencia: _____

Agente de pago: _____ Agencia de pago: _____

Firma del agente: _____ Fecha: _____

ATESTACIÓN DEL AGENTE

¿Ha repasado usted esta solicitud a fin de cerciorarse de que se haya proporcionado cabalmente la información?

Sí No

A su entender, ¿sabe usted de alguna información que no se haya divulgado en esta solicitud y que afectaría adversamente la elegibilidad, la aceptabilidad, o asegurabilidad de alguno de los solicitantes? Sí No

Si contestó afirmativamente, sírvase explicar su respuesta: _____

¿Pudieron leer y entender la solicitud escrita en inglés todos los solicitantes? Si contestó negativamente, sírvase explicar su respuesta. Si se utilizaron los servicios de un traductor, sírvase proporcionar el nombre del traductor.

Certifico que esta solicitud es cabal y veraz a mi entender. No le he aconsejado al solicitante a fin de que omita alguna información con respecto a su estado de salud o diagnósticos y le he informado al solicitante de las repercusiones si uno proporciona información incorrecta o fraudulenta en esta solicitud. Estoy consciente de que si, a sabiendas, afirmo que la información es veraz y sé que, de hecho, es falsa, puedo estar sujeto a sanciones y recursos legales bajo la ley actual correspondiente.

Firma del agente: _____ Fecha: _____

CÓMO DESEA RECIBIR LA INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMA DE SU SEGURO

Sírvase indicar cómo desea recibir la información sobre la prima de su seguro:

Dirección de correo electrónico del agente (verifique la dirección de correo-e): _____

Fax del agente (indique el número de fax): _____

Dirección del agente: _____

ENTREGA DE LA SOLICITUD

Si usted está utilizando los servicios de un agente de seguros, sírvase devolver esta solicitud a dicho agente.

Si usted no está utilizando los servicios de un agente de seguros, sírvase enviar esta solicitud por correo, fax o correo electrónico al:

Lovelace Insurance Company
Individual Plan Sales
4101 Indian School Road NE
Albuquerque, NM 87110

LHS.Underwriting@lovelace.com
Fax: 505.727.9522

Si necesita ayuda, sírvase llamar a su agente o llame a la División de Ventas Individuales del Lovelace Insurance Company al 505.727.5482 o al 877.232.1982.

Cuestionario del *Lovelace* para un estado de clasificación más favorable

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Sírvese escribir en letra de molde)

Nombre del(de la) cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del(de la) cónyuge: _____

(Sírvese escribir en letra de molde)

Los niños no son elegibles. Los solicitantes que sean adultos y que usen tabaco o cuyos antecedentes médicos justifican un sobrecargo a su prima de seguro no son elegibles. Las respuestas a estas preguntas no garantizan, automáticamente por sí mismas, que se le conceda al solicitante una prima de seguro más favorable. **TODO ADULTO QUE ESTÉ SOLICITANDO UNA PRIMA DE SEGURO MÁS FAVORABLE DEBE LLENAR ESTE FORMULARIO.**

Pregunta	Solicitante Principal		Cónyuge	
	Sí	No	Sí	No
1. ¿Se ha hecho el solicitante un reconocimiento físico integral en los últimos dos años?				
2. ¿Es el peso actual del solicitante menos que el peso mínimo o más que el peso máximo para su estatura según se indica en la tabla apropiada del tamaño del cuerpo que se encuentra a continuación?				
3. En los últimos dos años, ¿ha usado algún tipo de producto de tabaco o ha participado en el uso de drogas ilícitas?				
4. En los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento el solicitante a causa de la presión arterial alta o ha tenido la presión arterial más alta que 140/90?				
5. En los últimos dos años, ¿ha recibido tratamiento el solicitante a causa de altos niveles de lípidos en la sangre o ha tenido un resultado del análisis del colesterol de más de 220 o una proporción de colesterol HDL de más de 3.5?				
6. En los últimos doce meses, ¿ha tomado el solicitante un medicamento con receta por el tratamiento de una afección médica que ya se esté desarrollando o se le ha prescrito un medicamento con receta para la misma?				
7. En los últimos dos años, ¿se le ha condenado al solicitante por manejar en estado de embriaguez, tenencia de drogas o manejar de manera peligrosa?				
8. En los últimos dos años, ¿ha participado el solicitante en actividades peligrosas como, entre otras: carreras organizadas de vehículos motorizados, paracaidismo de caída libre, aerodeslizador, salto base, escalada en roca o participación en los rodeos (como aficionado o con fines de recreación)? Si contestó afirmativamente, ¿cuál(es) de esas actividades?				

Firma del solicitante Fecha

Número de la licencia de conducir del solicitante Estado

O, no tiene licencia

Firma del(de la) cónyuge Fecha

Número de la licencia de conducir del(de la) cónyuge Estado

O, no tiene licencia

Firma del agente certificado Fecha

FEMENINO*			MASCULINO*		
ESTATURA	Peso mínimo	Peso máximo	ESTATURA	Peso mínimo	Peso máximo
4' 10"	90	129	4' 11"	99	139
4' 11"	94	134	5' 0"	102	143
5' 0"	97	138	5' 1"	106	148
5' 1"	100	143	5' 2"	109	153
5' 2"	103	148	5' 3"	113	158
5' 3"	107	152	5' 4"	116	163
5' 4"	110	157	5' 5"	120	168
5' 5"	114	162	5' 6"	123	173
5' 6"	117	167	5' 7"	127	179
5' 7"	121	172	5' 8"	130	184
5' 8"	125	177	5' 9"	135	189
5' 9"	128	183	5' 10"	139	195
5' 10"	132	188	5' 11"	143	200
5' 11"	136	193	6' 0"	147	206
6' 0"	140	199	6' 1"	151	212
6' 1"	144	204	6' 2"	155	218
6' 2"	148	210	6' 3"	160	224
6' 3"	152	216	6' 4"	164	230
6' 4"	156	222	6' 5"	168	236
			6' 6"	173	242
			6' 7"	177	248
			6' 8"	182	254

Lovelace
Insurance Company