

## CUESTIONARIO DE REVELACIÓN MÉDICA

La información en este formulario es extremadamente importante para suscribir adecuadamente a sus empleadores a Medical Stop Loss Coverage. Nos comprometemos a proteger su privacidad y la información médica que proporcione se utiliza únicamente para la suscripción de la cobertura de reaseguro grupal.

Información general			
Nombre del empleador:		Ciudad, estado del empleador:	
Nombre del empleado:		Renuncia a la cobertura de atención médica:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección, ciudad, estado, código postal del empleado:			
Situación de empleo:	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Cobra	Fecha de inicio de Cobra:	Fecha de finalización de la cobra:

### Información de empleados y dependientes

Completar para el empleado y todas las personas a ser cubiertas:

Nombre	Relación con el empleado	FDN	Sexo	Peso	Altura	Consumo de tabaco	Discapacitado	Otro seguro
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Otro seguro o Medicare

Si indicó que usted o sus dependientes tendrán otra cobertura de seguro cuando esta póliza entre en vigencia, complete lo siguiente:

Otra compañía de seguros:		Nombre del titular de la póliza:	
Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de vigencia de la Parte A de Medicare:	Fecha de vigencia de la Parte B de Medicare:	
Calificación para Medicare:	<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> ESRD <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lou Gehrig		

## Información médica

¿Algún solicitante ha sido diagnosticado, tratado o recibió algún consejo médico, o tiene síntomas que pueden indicar alguna de las siguientes opciones?

1. ¿Cáncer, leucemia, mieloma múltiple o tumor(es)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. ¿Hemofilia u otro trastorno de la coagulación de la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ataque cardíaco, cirugía cardíaca, insuficiencia cardíaca congestiva, trastorno de la válvula cardíaca u otro trastorno cardíaco/vascular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4. ¿Anemia aplásica, anemia de células falciformes, otra anemia, agranulocitosis, trombocitopenia u otro trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio (miniapoplejía), aneurisma u otro trastorno cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. ¿Enfermedad de Parkinson, parálisis cerebral, epilepsia, migrañas u otro trastorno cerebral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Enfisema, EPOC, fibrosis quística, asma, otros trastornos respiratorios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. ¿Hepatitis, cirrosis u otro trastorno hepático?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Esclerosis múltiple, síndrome de Guillain-Barré u otro trastorno del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. ¿VIH/SIDA u otro trastorno inmunodeprimido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Lupus, esclerodermia u otro trastorno autoinmune?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12. ¿Trastorno del páncreas o de la vesícula biliar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Diabetes tipo I o II?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Trastorno de la piel (psoriasis, eccema, acné, otros)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Trastorno del riñón (insuficiencia o diálisis) o del sistema genitourinario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	16. ¿Trastorno congénito u otro defecto de nacimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ERGE (reflujo ácido), úlceras estomacales u otro trastorno del esófago?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18. ¿Trastorno mental/emocional, abuso de alcohol/sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿Artritis (osteo, reumatoide, otra), trastorno de huesos, articulaciones, músculos, tendones o cartílagos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	20. ¿Trastornos de la columna, escoliosis, cifosis, hernia discal, dolor de cuello o espalda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. ¿Está embarazada actualmente con un embarazo de alto riesgo o defectos congénitos, antecedentes previos de parto prematuro, gestación múltiple? ¿Fecha prevista de parto _____?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22. ¿Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, diverticulitis, SII u otro trastorno de los intestinos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Trastorno de glándulas tiroideas, pituitarias, suprarrenales, otras glándulas o que requieren la hormona de crecimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	24. ¿Algún trasplante de células madre u órganos (planificado, recomendado o ya realizado)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25. ¿Alguna otra condición médica o lesión no mencionada en otra parte de este formulario que haya requerido hospitalización u otro tratamiento recibido en los últimos 2 años o que esté previsto en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	26. ¿Alguna condición médica/enfermedad que haya resultado en gastos médicos de más de \$ 5000 en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Detalles

Complete lo siguiente para cualquier respuesta "Sí" anterior; adjunte páginas adicionales si es necesario

N.º de pregunta	Nombre de la persona	Diagnóstico y fecha de inicio	Tratamiento o medicamentos	Proveedor, ciudad, estado	¿En curso?
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Certifico que la información contenida en este formulario de cuestionario de revelación médica es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones erróneas intencionales en este formulario pueden constituir fraude del seguro y resultar en una posible persecución o recesión de la cobertura.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_