

Formulario de Inscripción de Seguro de Vida Para Empleados

• Todas partes del presente formulario deben completarse

GEO Group es un producto de líneas excedentes asegurado por Sirius International Insurance Corporation (publ) (la "Compañía") y distribuido, manejado y administrado, como agente para y de parte de la Compañía, por International Medical Group®, Inc. ("IMG®").

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL

Organización Participante:		Número de Identificación del Grupo:	
Nombre del Empleado: (Apellido)		(Primer Nombre)	(Segundo Nombre)
Fecha de Vigencia Solicitada:	Profesión:	Sueldo Anual (se requiere si solicita 1x Sueldo, 2x Sueldo o 3x el sueldo): \$	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección de Residencia:		Ciudad de Residencia:	
Estado: Código Postal:	País: Número de Teléfono:	Correo Electrónico:	
Número de Identificación:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social/Número de Pasaporte/Número de Licencia de Conducir:	
Altura:	Peso:	Fecha de Obtener Empleo a Tiempo Completo:	Número de Horas Trabajadas por Semana:
Fecha de Salida de los EE.UU. (en su caso):	País de Destino (en su caso):	Duración de Estancia (en su caso):	

PARTE 2: SEGURO DE VIDA PARA EMPLEADOS

1X Sueldo 2X Sueldo 3X Sueldo Otra Cantidad: \$

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO DE SEGURO DE VIDA DEL EMPLEADO

Nombre del Beneficiario Primario _____	Parentesco con el Empleado _____	Porcentaje del Beneficio de Muerte _____%
Nombre del Beneficiario Contingente _____	Parentesco con el Empleado _____	Porcentaje del Beneficio de Muerte _____%
Nombre del Beneficiario Contingente _____	Parentesco con el Empleado _____	Porcentaje del Beneficio de Muerte _____%

PARTE 3: INFORMACIÓN MÉDICA DEL EMPLEADO

Las preguntas a continuación deben ser contestadas por el Empleado. Con cada pregunta contestada afirmativamente, favor de proporcionar detalles completos de la condición médica en cuestión en el espacio proporcionado en la Parte 4 de esta Solicitud, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono de todo(s) médico(s) encargado(s), diagnósticos, todas fechas de tratamiento, tipo(s) de tratamiento, pronóstico y el curso de tratamiento actual. IMG y la Compañía se reservan el derecho para solicitar información médica adicional.

1. ¿Está usted actualmente discapacitado, embarazada o incapaz de desempeñar actividades normales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Está usted actualmente hospitalizado o está programado para o necesita hospitalización o cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez ha usted dado positivo en, ha sido diagnosticado con o recibido tratamiento por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (el SIDA), el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS), Síndrome de Linfadenopatía, Virus de Inmunodeficiencia Humana (el VIH) o cualquier otro Trastorno del Sistema Inmunológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguna vez ha usted tenido trastornos mentales o del sistema nervioso, incluyendo, pero sin limitación a: psicosis, trastornos mentales o conductuales, abuso de o dependencia de estupefacientes o drogas, alcoholismo, consejería psiquiátrica y/o grupos de apoyo, depresión, ansiedad, fatiga crónica o trastornos alimenticios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Ha usted alguna vez tenido, ha sido recomendado tener o está actualmente en una lista de espera para un trasplante de órgano (aparte de la córnea)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

6. ¿Ha usted sido diagnosticado con o tratado por cualquier tipo de cáncer o condición precancerosa durante los últimos cinco (5) años? En caso afirmativo, favor de explicar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Alguna vez ha usted sido rechazado, cancelado, dado un ajuste de primas o declinado para cobertura bajo cualquier póliza de seguro médico, de vida o de discapacidad? En caso afirmativo, favor de explicar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Durante los últimos doce (12) meses, ha usted vivido una manifestación de síntomas de, ha sido diagnosticado con o recibido cualquier consulta, examinación, prueba o tratamiento (incluyendo medicamentos) para cualquier condición médica, mental, física, nerviosa o de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Para cualquier pregunta contestada afirmativamente, favor de proporcionar detalles completos de la condición médica en cuestión en el espacio proporcionado en la Parte 4 de esta Solicitud, incluyendo el nombre, dirección y número de teléfono de todo(s) médico(s) encargado(s), diagnósticos, todas fechas de tratamiento, tipo(s) de tratamiento, pronóstico y curso de tratamiento actual.

¿Alguna vez ha usted vivido una manifestación o síntomas de, sufrido de, buscado consulta, examinación, prueba o recibido tratamiento por o sido diagnosticado con cualquier enfermedad, condición, dolencia, problema médico, trastorno, achaque u otro problema que surja de, involucre o se relacione con cualquiera de lo siguiente:

9. ¿El corazón, el sistema cardíaco, cardiovascular y/o circulatorio, incluyendo, pero sin limitación a: insuficiencia cardíaca, infarto, angina, dolor del pecho, arteriosclerosis, aterosclerosis, presión de sangre elevada, hipertensión, hinchazón del pie/de los tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática o soplo de corazón? Fecha de lectura de presión sanguínea más reciente Lectura de presión sanguínea más reciente: _____ Sistólica/ _____ Diastólica Medicamentos (Tipos / Dosificación) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Sangre, vasos sanguíneos, arterias, venas o trastornos sanguíneos, incluyendo, pero sin limitación a: anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas o alto colesterol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Diabetes, hiperglucemia o hipoglucemia? Si respondió afirmativamente a "Diabetes", favor de completar lo siguiente: a) Tipo Diabético: I ____ ó II ____ b) Fecha de diagnóstico: _____ c) ¿Se controla con dieta solamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d) Medicamentos (Tipos / Dosificación) _____ e) Fecha de la Prueba de HbA1c más reciente _____ f) Resultados de la Prueba de HbA1c (1-10) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Cáncer, tumor, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, trastorno celular, culebrilla, bulto o protuberancia de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Hígado, páncreas, vesícula biliar o trastornos endocrinos, incluyendo, pero sin limitación: trastornos pituitarios, tiroideos o metabólicos o la obesidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14. ¿Riñón, funciones de la vía urinaria, cálculos o infecciones del riñón o de la vejiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Sistema respiratorio, incluyendo, pero sin limitación a: tuberculosis, trastornos pulmonares, enfisema, tos crónica, bronquitis, asma bronquial, pleuresía, neumonía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Trastornos neurológicos, incluyendo, pero sin limitación: esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular, enfermedad de Lou Gehrig (ELA), enfermedad de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, ataques, migrañas, dolores de cabeza crónicos, apoplejía o ataques cerebrales isquémicos transientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Trastornos musculares, esqueléticos, espinales, óseos o articulares, incluyendo, pero sin limitación a: escoliosis, enfermedad del disco, vertebra o cualquier otra condición de la espalda, reumatismo, artritis, gota, tendonitis, osteoporosis o inflamación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18. Para las solicitantes femeninas, ¿aborto espontáneo, embarazo o parto complicado o consulta, consejo, diagnóstico o tratamiento de infertilidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19. ¿Condición o defecto congénito, genético o hereditario, incluyendo, pero sin limitación a: retraso mental, Síndrome de Down u otro trastorno de cromosoma o trastorno, deformidad o defecto físico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20. ¿Sistema digestivo, estómago o intestinos, incluyendo, pero sin limitación a: regurgitación esofágica, gastritis, úlceras o trastornos del colon o recto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. ¿Sistema reproductivo, incluyendo, pero sin limitación a: próstata o nivel de PSA elevado, sangrado vaginal, fibroides, nódulos o quistes mamarios, trompas de Falopio, ovarios o útero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
22. ¿Ojos, oídos, nariz, boca, garganta o mandíbula, incluyendo, pero sin limitación a: cataratas, glaucoma, desviación del septum nasal, sinusitis crónica o Síndrome de la Articulación Temporomandibular (ATM)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. ¿Cualquier otra enfermedad, problema médico, dolencia, lesión o condición de cualquier tipo no indicado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. ¿Actualmente usa o durante los últimos 5 años ha usado tabaco de alguna forma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25. ¿Alguna vez ha solicitado o comprado seguro de IMG? En caso afirmativo, favor de proporcionar el número de la póliza y los detalles:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE 4 INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL

Pregunta #	Detalles/Diagnóstico de la Enfermedad/Accidente	Gastos durante los últimos 5 años	Fecha de su último tratamiento	Nombre completo y número de todos médicos encargados

PARTE 5:

SUSCRIPCIÓN Por medio del presente solicito Global Term Life Insurance de Global Life Insurance Services Group Insurance Trust, Bank of Bermuda, Hamilton, Bermuda. Entiendo y acuerdo que: (i) ninguna cobertura entrará en vigor hasta que esta Solicitud haya sido debidamente aceptada por escrito por la Compañía; (ii) ninguna modificación o renuncia en relación con esta Solicitud o la cobertura solicitada será vinculante a la Compañía o IMG a menos que se haya aprobado por un oficial de la Compañía o IMG por escrito; (iii) IMG y la Compañía dependerán de la precisión y lo completo de la información proporcionada en el presente; (iv) cualquier falseamiento u omisión contenida en el presente anulará el certificado de seguro y cualesquier y todos reclamos y beneficios en virtud del mismo se decomisarán y se renunciarán; (v) mediante la entrega de esta Solicitud y/o cualquier otro reclamo futuro para beneficios, con propósito inicio y aprovecho el privilegio de tramitar negocios con la Compañía en Bermuda, a través de IMG como su agente y administrador seleccionado, e invoco los beneficios y protecciones de sus leyes; y (vi) el contrato de seguro representado por la Póliza Maestra y evidenciado por el Certificado de seguro se considerará emitido y hecho en Hamilton, Bermuda, y la jurisdicción única y exclusiva y el lugar único y exclusivo para cualquier acción tribunal o procedimiento administrativo en relación con este seguro estarán en Hamilton, Bermuda, a lo cual el/los solicitante(s) por medio del presente consiente(n). Acuerdo usar las leyes de Bermuda para todos derechos y reclamos que surjan bajo este seguro.

RECONOCIMIENTO Entiendo y acuerdo que: (i) los folletos de mercadeo y los textos del certificado están disponibles a solicitud antes de entregar esta Solicitud; (ii) el agente, corredor, sitio web u otro productor de seguros, si hay uno, involucrado con respecto a la solicitud de esta Solicitud se actúa sólo como mi agente y representante legal y representa mis intereses personales y dicha persona no tiene autoridad para obligar o hablar en nombre de, y no se actúa como el agente o representante legal de, la Compañía o IMG; (iii) no es la intención ni consideración del (de los) solicitante(s), la Compañía o IMG que los sujetos de seguro solicitados se residan, se ubiquen o se desempeñen en algún estado particular de los Estados Unidos; y (iv) la Compañía, como asegurador y suscriptor del plan, únicamente es responsable de las coberturas y los beneficios a proporcionarse en virtud del mismo, y IMG se actúa solamente como agente para la Compañía y no tiene ninguna responsabilidad directa o independiente bajo la Póliza Maestra o cualquier Certificado de seguro.

CERTIFICACIÓN Por medio del presente, certifico, represento y garantizo a IMG y a la Compañía que: (i) he leído las preguntas contenidas en esta Solicitud o se me han leído a mí y las entiendo; (ii) mis respuestas a las preguntas son verdaderas, precisas y completas en todos aspectos en la presente fecha y yo complementaré dichas respuestas antes de la fecha de vigencia solicitada en caso de cualquier cambio o adición a las mismas; (iii) actualmente gozo de buena salud y, salvo las condiciones y otra información divulgada en el presente, no he sido diagnosticado con, buscado consulta o recibido tratamiento por y no he vivido una manifestación o síntomas de y no sufro de ninguna preexistencia que prevea poder requerir tratamiento en el futuro o en relación con la cual tenga la intención de entregar un reclamo bajo este seguro; y (iv) si esta Solicitud se firma como tutor legal o poderhabiente del solicitante, el firmante garantiza su autoridad y calidad para actuarse y vincular al solicitante así.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Autorizo a cualquier médico, practicante de las artes curativas, hospital, clínica, centro relacionado con la salud, farmacia, agencia gubernativa, agencia de seguros, empresa de seguros, titular de póliza colectiva, empleado o administrador del plan de beneficios que tenga información acerca de mi cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico o pronóstico de cualquier condición médica o física y/o estado de empleo para proporcionar dicha información a IMG y/o a la Compañía.

Firma del Empleado: _____ **Fecha actual:** _____