



P.O. Box 3236 Naperville, IL 60566-7236 888-697-0683

Prima: _____ Cargo: _____
Para uso en oficina central

Para ayudarnos a procesar su solicitud de inmediato, recuerde:

- Imprimir todas las respuestas en tinta negra. No se aceptará lápiz.
- Asegúrese de firmar en persona la solicitud en calidad de Solicitante Principal. Si su cónyuge o cualquier hijo dependiente de 18 años o más también solicita cobertura, pídale que firmen en persona la línea para firmas correspondiente. El padre/la madre/el tutor deben firmar si el solicitante principal es menor.
- Si baja de categoría (disminución de beneficios), no es obligatorio completar la Parte Dos, Secciones A y B.

PARTE UNO Marque una opción: Nueva póliza Agregar dependiente Cancelar dependiente Subir de categoría (aumento de beneficios)
 Bajar de categoría (disminución de beneficios)

SECCIÓN A – PERSONA(S) QUE SOLICITA(N) COBERTURA (en letra de imprenta)

Además de tener una residencia permanente en Texas, todas las personas que solicitan cobertura deben ser ciudadanas de los Estados Unidos, o si no son ciudadanas, deben poder brindar registros médicos de un médico de los EE. UU. con licencia, que incluyen, entre otros, una evaluación de salud realizada en el término de los últimos dos años. Todas las demás personas no son elegibles para recibir cobertura.

SOLICITANTE PRINCIPAL

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido		N.º del Seguro Social	Sexo (M/F)	Edad	Fecha de nacimiento (mes/día/año) / /	Estatura (ft, in)	Peso (lb)
N.º de teléfono particular ()	N.º de teléfono comercial ()	N.º de fax (si corresponde) ()	Ocupación/Obligaciones		N.º de tel. comercial del cónyuge (si corresponde)		
Dirección particular		Ciudad/estado/código postal			Condado		
Correo electrónico (si corresponde)				Mejor lugar y horario de contacto (de ser necesario) para una entrevista telefónica. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde			

Cónyuge e hijo(s) dependiente(s) que desee cubrir (los dependientes deben tener menos de 26 años).

Si uno o más familiares son elegibles para recibir cobertura, ¿consideraría la posibilidad de obtener cobertura para el (los) familiar(es) restante(s)? Sí No

Nombre: Primero	Inicial del segundo	Apellido	Relación (cónyuge o hijo)	Sexo	Estatura (ft, in)	Peso (lb)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número del Seguro Social	Orden judicial para dependientes
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Se requiere mediante orden judicial cobertura para dependientes? Sí No Si la respuesta es "sí", ¿entró en vigencia en el término de los últimos 30 días? Sí No Si la respuesta es "sí", para solicitar cobertura por orden judicial para hijos dependientes, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas para recibir el formulario adecuado.

SECCIÓN B – COBERTURA SOLICITADA (elija solo un plan)

PPO Select Blue Advantage

Plan de deducible: I \$250 II \$500 III \$1,000 IV \$1,500
V \$2,500 VI \$3,500 VII \$5,000 VIII \$10,000

PPO Select Choice

Plan de deducible: I \$250 II \$500 III \$1,000 IV \$1,500
V \$2,500 VI \$3,500 VII \$5,000 VIII \$10,000

PPO Select Saver

Plan de deducible: I \$500 II \$1,000 III \$1,500 IV \$2,500
V \$3,500 VI \$5,000 VII \$10,000

COBERTURA DE SEGURO DENTAL Yo (nosotros), por el presente, solicito (solicitamos) cobertura dental y comprendo (comprendemos) que todos los solicitantes y dependientes aprobados para cobertura de salud estarán cubiertos por la cobertura dental. Si a alguna persona con cobertura de salud le cancelan la cobertura de salud parcialmente o si le cancelan la cobertura de salud en su totalidad, comprendo que se aplicará la misma medida a la cobertura dental. **Comprendo que esta será mi única oportunidad de adquirir seguro dental.**

SECCIÓN C – INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN Y DEL PAGADOR

Fecha de entrada en vigencia requerida (mes/día/año) ____/____/____ (Nota: El día no puede ser el 29, el 30 ni el 31)

Modo de la prima: Letra bancaria mensual (presentar formulario de autorización con la solicitud) Factura directa mensual Factura directa bimestral
 Factura directa trimestral Factura de lista mensual (disponible para dos o más solicitantes que reciben su factura en la misma dirección)

DEBE PRESENTARSE UN CARGO DE SOLICITUD NO REEMBOLSABLE DE \$30.00 con la solicitud completada.

Extienda el cheque a la orden de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Pagador de la prima (si es diferente del solicitante) ¿Su empleador realizará contribuciones para la prima de esta póliza? Sí No

Cargo de la solicitud	\$30.00
Prima (si se adjunta)	\$ _____
TOTAL adjunto	\$ _____

Nombre:	Dirección/ciudad/estado/código postal:	Fecha de nacimiento:	N.º del Seg. Social:
---------	--	----------------------	----------------------

Complete las páginas 1 a 4.

PARTE DOS – DECLARACIÓN DE SALUD

Todas las preguntas médicas/de historia clínica deben completarse para todas las personas (incluidos los dependientes) que soliciten cobertura, a menos que baje de categoría de planes de beneficios. Puede saltar las Secciones A y B de la Parte 2.

SECCIÓN A – PREGUNTAS MÉDICAS/HISTORIA CLÍNICA

Complete las siguientes preguntas sobre salud: Para que este seguro entre en vigor, debe responder las siguientes preguntas de salud por completo y con honestidad, y brindar toda la información de salud solicitada, incluidos los exámenes físicos de rutina, y Blue Cross and Blue Shield of Texas debe aprobar esta solicitud. Ninguna persona puede cambiar de ningún modo este requisito por usted. Un acto, una práctica o una omisión que constituye fraude o una declaración falsa intencional de hechos importantes en esta solicitud pueden dar lugar a una rescisión de la cobertura. Rescisión se define como la cancelación o la interrupción de la cobertura con efecto retroactivo. Se le otorgará una notificación por escrito con, al menos, 30 días de anticipación, antes de que pueda rescindirse su cobertura o la cobertura de su dependiente, con efecto retroactivo a la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura. **No marque ni tache ningún tipo de información proveniente de una pregunta de salud, una firma o una fecha. ¡Importante! No cancele ninguna cobertura de salud existente hasta ser notificado de su aceptación.**

Si su respuesta es "Sí" a CUALQUIER pregunta de esta página, brinde información detallada en la siguiente página. Tenga en cuenta la referencia al plazo para cada pregunta.

1. ¿Se ha aconsejado a alguna persona que solicita cobertura buscar tratamiento para el consumo de alcohol, o ha recibido dicha persona asesoramiento, diagnóstico o tratamiento para consumo o abuso de alcohol, dependencia del alcohol o alcoholismo en los últimos **10 años**? Sí No

2. ¿Alguna persona que solicitó cobertura ha usado drogas o sustancias ilegales o ha recibido asesoramiento, diagnóstico o tratamiento para consumo o dependencia de drogas o sustancias químicas en los últimos **10 años**? Sí No

3. ¿Alguna persona que solicitó cobertura ha recibido consejos, asesoramiento, pruebas, diagnóstico, tratamiento, hospitalización o recomendaciones de tratamiento en los últimos **10 años** por las afecciones que aparecen a continuación? Marque Sí o No. Si se marca el casillero "Sí" (Sí), también marque con un círculo la afección, p. ej., (**migrañas**), y brinde información detallada en la siguiente página.

A. Migrañas; dolores de cabeza; síndrome del túnel carpiano; convulsiones; parálisis; esclerosis múltiple; cualquier trastorno neurológico o cualquier trastorno del sistema nervioso central. Sí No

B. Trastorno por déficit de atención; ansiedad, depresión o desequilibrio químico; cualquier trastorno del comportamiento, emocional o de la alimentación; retraso mental; trastorno bipolar o psicosis; psicoterapia; asesoramiento o terapia conyugal o de cualquier otro tipo. Sí No

C. Dolor en el pecho o palpitaciones; soplo cardíaco; prolapso de la válvula mitral; ataque al corazón, accidente cerebrovascular o ataque sistémico transitorio (TIA, por sus siglas en inglés), cualquier otro trastorno o afección cardíaca o circulatorio, o hipertensión/presión arterial alta (HBP, por sus siglas en inglés). Sí No

Si la respuesta es "Sí" a HBP, proporcione 3 lecturas y las fechas del último año _____ y _____ y _____ y _____

D. Venas varicosas/venas aracniformes/varicosidad; elevación del colesterol o lípidos; anemia; coágulos sanguíneos o cualquier otro trastorno de la sangre. Sí No

E. Asma; alergias; sinusitis; bronquitis; neumonía; tuberculosis; apnea; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés); enfisema; o cualquier dificultad para respirar o enfermedad, trastorno o afección pulmonares o respiratorios. Sí No

F. Hernia; colitis; diarrea crónica o problemas intestinales; hemorroides o trastorno rectal; reflujo gastroesofágico; cualquier trastorno del esófago; úlcera del estómago o duodeno, o cualquier otro trastorno o afección digestivos. Sí No

G. Cualquier enfermedad o trastorno de la vesícula biliar, del páncreas o del hígado; pruebas de función hepática elevadas; cirrosis; hepatitis. (Indique el tipo de hepatitis _____) Sí No

H. Cáncer; tumor; protuberancia; quiste; pólipos; ganglios linfáticos agrandados; leucemia. (Indique el diagnóstico y la ubicación _____) Sí No

I. Acné; queratosis; psoriasis; carcinoma basocelular; lesiones de la piel o de la boca, o cualquier otro trastorno de la piel. Sí No

4. Durante los últimos **5 años**, ¿alguna persona que solicitó cobertura se ha realizado un examen físico (incluidos chequeos) o pruebas de diagnóstico, o ha consultado a un médico, un quiropráctico o un terapeuta? Sí No

5. ¿A alguna persona que solicitó cobertura le ha sido recetado o ha tomado algún medicamento debido a una enfermedad, un malestar, un trastorno, una afección, una lesión o asesoramiento, o para dejar de fumar o para bajar de peso, en los últimos **12 meses**? Sí No

6. ¿Usted, su cónyuge (si se asegurará) o cualquier hijo (si se asegurará) fumó o usó algún producto del tabaco, como cigarrillos, pipas, cigarros, rapé o tabaco para mascar, en los últimos **12 meses**? USTED Sí No SU CÓNYUGE Sí No SU HIJO Sí No.
Si la respuesta es Sí, Nombre(s) _____

7. A. **Preguntas para solicitantes de sexo femenino:** ¿Alguna mujer que solicita cobertura está actualmente embarazada? Sí No

B. **Pregunta para solicitantes de sexo masculino:** ¿Algún hombre que solicita cobertura actualmente está por ser padre? Sí No
Para las pólizas con una fecha de entrada en vigencia inicial anterior al 23 de marzo de 2010, si respondió "Sí", no puede ofrecerse cobertura. Para las pólizas con una fecha de entrada en vigencia inicial a partir del 23 de marzo de 2010, si respondió "Sí" a alguna pregunta y el solicitante tiene 19 años o más, no puede ofrecerse cobertura.

8. ¿Alguna persona que solicitó cobertura **tiene o ha tenido** un implante (p. ej., implante de seno, de mentón o peneano), fijación interna (p. ej., clavos, placas o tornillos), prótesis, marcapasos, reemplazo de válvula, derivación o dispositivo de monitoreo? Sí No

9. ¿Alguna persona que solicitó cobertura ha conversado o ha sido aconsejada acerca de la posibilidad de recibir tratamiento, pruebas, asesoramiento, terapia o cirugía que aún no haya recibido? Sí No

10. ¿Alguna persona que solicitó cobertura ha sido **alguna vez** hospitalizada o tratada en la sala de emergencia o ha tenido algún impedimento físico, deformidad, anomalía congénita, enfermedad, operación, lesión u hospitalización por afecciones diferentes de las incluidas en esta página? ... Sí No

11. ¿Todas las personas que solicitan cobertura son residentes permanentes de Texas, excepto los dependientes con orden judicial? Sí No

PARTE DOS – CONTINUACIÓN**SECCIÓN B – INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE HISTORIA CLÍNICA**

Si respondió "Sí" a CUALQUIER pregunta de la página anterior, brinde más información usando el cuadro que aparece a continuación. Asegúrese de usar el ejemplo "correcto" como guía. (Si se necesita más espacio, adjunte otra página, la cual debe firmarse y fecharse).

	Número de la pregunta	Persona afectada	Afección, lesión, síntoma o diagnóstico			¿La recuperación fue completa?	Tipos de tratamiento, consejos proporcionados y medicamentos recetados	Nombre, dirección y número de teléfono de médicos y hospitales
			¿Qué es?	Fecha de inicio	Fecha de recuperación (si corresponde)			
Ejemplo correcto:	3C	Joe Smith	presión arterial alta	1/10	ninguno	no, en curso	40 mg de atenolol, una dosis	Dr. Jones St. Mary's Peoria, IL (309) 555-1212

Otra información de cobertura

1. ¿Alguna persona que solicitó cobertura tiene actualmente o tuvo previamente, en los últimos 5 años, cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Texas, ya sea como asegurado principal, cónyuge o dependiente? Sí No **Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:**

Nombre del solicitante _____ Nombre en la póliza anterior (si corresponde) _____ N.º de miembro/grupo (opcional) _____

Nombre del solicitante _____ Nombre en la póliza anterior (si corresponde) _____ N.º de miembro/grupo (opcional) _____

2. ¿Alguna persona que solicitó cobertura tiene actualmente o tuvo anteriormente, en los últimos 5 años cobertura de seguro de salud o de seguro médico principal, incluidos otros planes de Blue Cross and Blue Shield? Sí No **Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:**

Nombre(s) de todas las personas cubiertas: _____

Nombre(s) de la aseguradora: _____ Ubicación/Estado: _____

Fecha de entrada en vigencia de la póliza: _____ Fecha de finalización de la póliza: _____

Reemplazo de cobertura ¿Este seguro reemplazará cualquier seguro de salud actualmente en vigencia? Sí No
Si la respuesta es "Sí", lea la declaración que aparece a continuación y complete lo siguiente:

Indique toda la cobertura que se reemplazará

Asegurado	Nombre de la compañía	Número de la póliza	Fecha de finalización

Notificación al solicitante acerca del reemplazo de seguro por accidente y enfermedad

Si se indica "Sí", usted tiene previsto cancelar o finalizar de otro modo el seguro por accidente y enfermedad existente, y reemplazarlo con un contrato que emitirá Blue Cross and Blue Shield of Texas. Para su propia información y protección, debe tener en cuenta y considerar seriamente determinados factores que pueden afectar la protección de seguro disponible para usted en virtud del nuevo contrato.

- Es posible que las afecciones de salud que puede tener actualmente no estén cubiertas inmediata ni completamente por el nuevo contrato. Esto podría dar lugar a la denegación o al retraso de una reclamación de beneficios en virtud del nuevo contrato, mientras que podría haberse pagado una reclamación similar en virtud de su contrato actual.
- Es recomendable que obtenga el consejo de su asegurador actual o de su agente respecto del reemplazo propuesto de su contrato actual. Esto no solo es su derecho, sino que también es su mejor opción para asegurarse de que comprende todos los factores pertinentes involucrados en el reemplazo de su cobertura actual.
- Si, después de su debida consideración, todavía desea finalizar su contrato actual y reemplazarlo con una nueva cobertura, asegúrese de responder por completo y con honestidad todas las preguntas incluidas en esta solicitud en relación con la historia clínica/los antecedentes médicos de cualquier persona que solicita cobertura. Si no se incluye toda la información médica importante en alguna solicitud, esto puede ser motivo para que la compañía rechace futuras reclamaciones y reintegre su prima como si su contrato nunca hubiera entrado en vigencia. Después de que se haya completado la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente para asegurarse de que toda la información se haya registrado como corresponde.
- Se recomienda que no finalice su contrato actual hasta estar seguro de que Blue Cross and Blue Shield of Texas haya aceptado su solicitud para el nuevo contrato.

Reconocimientos: El Solicitante, a su leal saber y entender, declara y acepta lo siguiente: 1. Esta solicitud no brinda cobertura de ningún tipo, a menos que Blue Cross and Blue Shield of Texas (la Compañía) lo autorice; y la solicitud, si no se aprueba ni rechaza previamente, se considerará retirada el día número 60 después de su fecha. 2. No habrá cobertura para gastos médicos disponible hasta la fecha de entrada en vigencia del contrato de salud y del pago total de la prima correspondiente al primer mes. 3. Los beneficios de gastos médicos solicitados y emitidos no cubrirán ninguna enfermedad, accidente o impedimento físico que existía o surgió antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Solicitante hasta que el Solicitante haya tenido cobertura en virtud del contrato por un período de 12 meses si se seleccionan PPO Select Saver o PPO Select Choice, o 18 meses si se selecciona PPO Select Blue Advantage. (Esta limitación no se aplica a los participantes menores de 19 años para las pólizas con fecha de entrada en vigencia inicial a partir del 23 de marzo de 2010 o después de esa fecha). 4. Ningún agente puede aceptar riesgos ni modificar pólizas o requisitos de la Compañía. 5. La Compañía no está obligada por ninguna declaración que no esté escrita en esta solicitud. 6. Si se incluye un cónyuge para cobertura de gastos médicos, la prima se calculará en función de la edad de cada adulto. 7. Comprendo que un acto, una práctica o una omisión que constituya fraude o una declaración falsa intencional de hechos importantes en esta solicitud pueden dar lugar a una rescisión de la cobertura. Rescisión se define como la cancelación o la interrupción de la cobertura con efecto retroactivo. Se me otorgará una notificación por escrito con, al menos, 30 días de anticipación, antes de que pueda rescindirse mi cobertura o la cobertura de mi dependiente, con efecto retroactivo a la Fecha de entrada en vigencia de la cobertura;

El Solicitante abajo firmante, asimismo, reconoce que cualquier agente actúa en su nombre a los fines de adquirir el seguro y que, si la Compañía acepta esta solicitud y emite una Póliza Individual, la Compañía puede pagar al agente una comisión y/u otra compensación en relación con la emisión de dicha Póliza Individual. El abajo firmante además reconoce que si desea información adicional acerca de cualquier comisión u otra compensación pagadas al agente por la Compañía en relación con la emisión de la Póliza Individual, debe comunicarse con el agente.

Acuerdo: Comprendo que cualquier afirmación y respuesta en esta solicitud son declaraciones. A mi leal saber y entender, son verdaderas y completas. Estas declaraciones constituyen el fundamento de mi solicitud. Comprendo que la cobertura entrará en vigencia después de la aprobación de aseguramiento y del pago total de las primas de los primeros meses, y de la recepción y aceptación por parte de la Compañía de cualquier Endoso Modificadorio y/o Cláusula de Exclusión de Cobertura requeridos, si corresponde. El Solicitante abajo firmante y el agente reconocen que el Solicitante ha leído la solicitud completada y que es consciente de que cualquier afirmación falsa esencial para el riesgo o declaración falsa incluida en ella pueden dar lugar a la pérdida de cobertura en virtud de la póliza.

Autorización médica: Autorizo a cualquier profesional médico, hospital, clínica u otro centro médico o relacionado con la medicina, agencia gubernamental o a otra persona o firma, a divulgar a la Compañía o a su representante autorizado información, que incluye copias de registros, asesoramiento relacionado, atención o tratamiento brindados a mí y/o a mis dependientes, incluida, entre otros, información acerca del consumo de drogas o alcohol. También autorizo la revelación de información relacionada con la enfermedad mental. Además, autorizo a la Compañía a revisar e investigar sus propios registros para obtener información.

Comprendo que mi autorización es voluntaria y que dicha información será usada por la Compañía a los fines de evaluar mi solicitud de seguro de salud. Asimismo, comprendo que se requiere mi autorización para que la Compañía considere mi solicitud y para determinar si se realizará o no una oferta de cobertura. No se tomará ninguna medida respecto de mi solicitud sin mi autorización firmada. Comprendo que la información obtenida con mi autorización puede volver a ser divulgada por la Compañía según lo permita o requiera la ley, y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales.

Comprendo que yo o cualquier representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización cuando se solicite. Esta autorización es válida desde la fecha en que se firma — siempre y cuando la Compañía apruebe la cobertura— hasta que entre en vigor una póliza, a menos que sea revocada por mí por escrito, lo que puedo hacer en cualquier momento. Ninguna revocación afectará las actividades de la Compañía que sean anteriores a la fecha en que la Compañía recibe dicha revocación.

Firmas: Acuso recibo de la Descripción de Cobertura Requerida y certifico que:

1. Pago las primas en concepto de gasto personal. 2. Mi empleador no contribuye a ninguna parte de la prima, ni directamente ni a través de reembolso. 3. Dado que mi empleador no patrocina un plan de salud para empleados, ni mi empleador ni yo deduciremos ninguna parte de las primas de los ingresos brutos, conforme a la sección 106 o a la sección 162 del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code).

La Declaración de Divulgación se proporcionará cuando se solicite. (También disponible en www.bcbstx.com)

Importante: Su solicitud debe ser firmada y fechada por todos los solicitantes según se requiera. (Esto incluye a su cónyuge y a todos los dependientes de 18 años o más que soliciten cobertura). La falta de firmas o de fechas causará un retraso en el procesamiento.

Firma del solicitante principal: _____ Fecha de la firma: _____

Firma del cónyuge (SOLO si se asegurará) _____ Fecha de la firma: _____

Firma del padre/la madre/el tutor (si el solicitante principal es un menor): _____ Fecha de la firma: _____

Firma del dependiente (SOLO si tiene 18 años o más, y solo si se asegurará): _____ Fecha de la firma: _____

Firma del dependiente (SOLO si tiene 18 años o más, y solo si se asegurará): _____ Fecha de la firma: _____

Certificación del agente: Certifico que envié la solicitud al (a los) Solicitante(s) para que la complete(n), o que hice personalmente las preguntas y registré las respuestas según se dieron. Asimismo, certifico que no tengo conocimiento de ninguna otra información médica acerca del (de los) Solicitante(s) no incluido(s) en esta solicitud y que se envió al (a los) Solicitante(s) material escrito que explica los beneficios, las exclusiones y las disposiciones del Contrato. Certifico que he enviado la Descripción de Cobertura Requerida y, si se solicitó, la Declaración de Divulgación.

La(s) póliza(s) debe(n) enviarse al Agente Solicitante

Agente Agencia n.º _____ % _____
N.º de agente asignado porcentaje ID fiscal
de BCBSTX

Agente Agencia n.º _____ % _____
N.º de agente asignado porcentaje ID fiscal
de BCBSTX

Nombre EN LETRA DE IMPRENTA _____

Nombre EN LETRA DE IMPRENTA _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

PODER El abajo firmante, por medio del presente, designa a la Junta Directiva de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, o a cualquiera de sus sucesores ("HCSC"), con pleno poder de sustitución, y a las personas que la Junta Directiva pueda designar por resolución, en calidad de apoderados del abajo firmante, para actuar en nombre del abajo firmante en todas las reuniones de los miembros de HCSC (y en todas las reuniones de los miembros de cualquier sucesor de HCSC) y en cualquier postergación de estas, con pleno poder de voto en nombre del abajo firmante en todas las cuestiones que puedan surgir antes de cualquiera de dichas reuniones y postergaciones. La reunión anual de miembros se llevará a cabo cada año en la sede corporativa el último martes de octubre a las 12:30 p.m. Pueden realizarse reuniones especiales de miembros conforme a la notificación enviada al miembro no menos de 30 días ni más de 60 días antes de dichas reuniones. Este poder se mantendrá en vigencia hasta que sea revocado por escrito por el abajo firmante, al menos, 20 días antes de cualquier reunión de miembros o asistiendo y votando en persona en cualquier reunión anual o especial de miembros.

Firma del solicitante principal: **X** _____

Escriba su nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de la firma: _____ / _____ / _____

FC849a7/83 REV. 0203

Los cambios en las leyes o reglamentaciones estatales o federales, o sus interpretaciones, pueden cambiar los términos y las condiciones de cobertura.