



Beneficio Suplementario de Fallecimiento

Declaración de salud

(CÓNYUGE)

Escriba en letra de molde o a máquina y complete toda la información. También debe completar la Solicitud suplementaria de beneficios por fallecimiento (ODB-000). La Junta de Pensiones se reserva el derecho de denegar la inscripción o una reclamación de beneficios si la información proporcionada en la declaración de salud no cumple con los criterios de suscripción de la Junta o se determina que es falsa o engañosa.

Información de los miembros <i>(debe completarse)</i>		
Nombre del miembro	Últimos 4 dígitos del número del SSN	
Nombre del cónyuge	Últimos 4 dígitos del número del SSN	
Estatura del cónyuge: _____ pies _____ pulgadas	Peso del cónyuge: _____ libras	
Responda todas las preguntas y subsecciones.		
1. En los tres años inmediatamente anteriores a esta solicitud, ¿ha buscado asesoramiento médico, ha recibido tratamiento o le han dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones?:		
a) Cáncer, leucemia, enfermedad de Hodgkin u otras neoplasias malignas asociadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b) Enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares u otras enfermedades cardiovasculares relacionadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c) Alcoholismo o adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d) Alguna enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e) Alguna enfermedad del pulmón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f) Alguna enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g) Cualquier trastorno neurológico <i>(como convulsiones o epilepsia)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguna vez ha dado positivo en la prueba del VIH?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si respondió "sí" a alguna de las preguntas de los puntos 1 y 2 anteriores, responda estas preguntas:		
¿Cuál es su diagnóstico exacto?		
¿Cuándo se hizo este diagnóstico por primera vez?		
¿Qué medicamentos toma regularmente para este diagnóstico?		
¿Qué plan(es) de tratamiento, si los hubiera, ha probado o está siguiendo?		
¿Hay algún factor que contribuya, como el tabaquismo o la presión arterial alta?		



Beneficio Suplementario de Fallecimiento

Declaración de salud

(CÓNYUGE)

3. En los últimos seis meses, a excepción de la extirpación de cálculos renales o vesícula biliar, la reparación de una hernia o el parto, a usted: a. ¿Le han aconsejado que se someta a un procedimiento quirúrgico, pero no se lo han realizado? Si la respuesta es "sí", explique los procedimientos quirúrgicos recomendados y las razones por las que no se realizan:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b. ¿Lo han hospitalizado o se le ha realizado un procedimiento quirúrgico? Si la respuesta es "sí", explique: Nombre y dirección del hospital/centro: Fechas de internación/procedimiento:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Participa en algún programa de acondicionamiento físico o bienestar? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y duración participa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Uso y divulgación	
<p>Declaro que, a mi leal saber y entender, toda la información proporcionada es completa y verdadera con respecto a mi estado pasado y presente de salud física y mental y mis antecedentes médicos. Entiendo que si mi estado de salud actual cambia después de la fecha en que se firma esta solicitud, pero antes de la fecha de vigencia de la cobertura, debo presentar una Declaración de salud actualizada a la Junta de Pensiones para su consideración. Si no informo una afección o no presento ninguna Declaración de salud actualizada requerida, entiendo que la Junta, tras una investigación, puede determinar que:</p> <p>a) si se hubiera presentado dicha Declaración de salud original o actualizada, no se habría aprobado ninguna cobertura de emisión no garantizada. La Junta denegará el pago por el monto de la cobertura de emisión no garantizada y reembolsará cualquier cuota pagada por dicha cobertura.</p> <p>b) la causa de la muerte es una afección preexistente que debería haber sido informada a la Junta de Pensiones en una Declaración de salud original o actualizada. Aunque la cobertura, inicial o adicional, aun se habría emitido, no se realizará ningún pago bajo dicha cobertura inicial o adicional debido a que la muerte fue el resultado de una afección preexistente.</p> <p>Acepto que este documento y todo su contenido formarán parte de mi solicitud de inscripción para beneficios suplementarios de fallecimiento. La información puede usarse para decidir si soy elegible para la cobertura. También se puede enviar a cualquier persona u organización que preste servicios en relación con la cobertura para la que he realizado la solicitud. Entiendo que cualquier tergiversación importante puede dar como resultado la denegación de beneficios. Entiendo que un representante autorizado o yo tenemos derecho a recibir una copia de esta solicitud.</p>	
Firma del cónyuge (<i>obligatorio</i>)	Fecha (<i>mm/dd/aaaa</i>)

Permiso para obtener información	
<p>Por la presente autorizo a cualquier médico, practicante médico, clínica, hospital u otra instalación médica o médicamente relacionada, compañía de seguros, agencia de informes de crédito al consumidor o empleador (actual o anterior), o cualquier otra persona, institución u organización similar a proporcionar a la Junta de Pensiones de la Iglesia Presbiteriana (E.U.A.) toda la información, incluida la información de salud personal y las copias de los registros relacionados conmigo. Autorizo a la Junta de Pensiones de la Iglesia Presbiteriana (E.U.A.) a acceder a cualquier registro médico o de discapacidad archivado o disponible para la Junta para fines de reclamos del Plan de Beneficios. La información solicitada puede incluir toda la información disponible en cuanto al diagnóstico y tratamiento con respecto a cualquier afección física o mental.</p>	
Firma del cónyuge (<i>obligatorio</i>)	Fecha (<i>mm/dd/aaaa</i>)

Complete este formulario y envíelo por correo electrónico a la Junta de Pensiones en memberservices@pensions.org.
Si necesita ayuda para enviar este formulario por correo electrónico, comuníquese con la Junta al 800-773-7752 (800-PRESPLAN).