

En caso de existir una disputa, predominarán las disposiciones de la versión aprobada en inglés del formulario. Se entregará una copia de la versión en inglés cuando se solicite. (In the event of a dispute, the provisions of the approved English version of the form will control. A copy of the English is available upon request.)

**INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR COBERTURA**

Lea el Aviso sobre prácticas de divulgación de información en la página 4. Por cada solicitante deberá enviarse un formulario separado (empleado o miembro, cónyuge o hijo) cuando sea necesario presentar Evidencia de Asegurabilidad o Evidencia de buena salud para solicitar cobertura. Llene todos los espacios, feche y firme al final de la página 3. Guarde una copia para sus registros y envíe el original a Standard Insurance Company a la dirección mostrada arriba.

**DATOS DEL MIEMBRO O EMPLEADO**

Nombre del grupo		Número de grupo	Marque quién solicita (uno por formulario) <input type="checkbox"/> Miembro o empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	
Nombre del miembro o empleado		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Fecha de contratación (mes/día/año)	
Profesión	Salario	Número de Seguro Social	N.º de identificación de miembro o empleado	

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre del solicitante (persona que será asegurada)		Correo electrónico		
Domicilio		Ciudad	Estado	Código postal
		Residencia <input type="checkbox"/> EE. UU. <input type="checkbox"/> Otro		
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Lugar de nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono de trabajo (    ) Teléfono de casa (    )

**DATOS DE LA SOLICITUD**

Clase de solicitud ( <i>marque una</i> ) <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Aumento de cobertura <input type="checkbox"/> Solicitud tardía				
<b>Marque la clase y escriba la cantidad de cobertura que está solicitando.</b>				
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Corto Plazo				
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Largo Plazo	_____	+	_____	= _____
	Cantidad actual en vigencia, si la hubiera		Cantidad extra solicitada	Cantidad total solicitada
<input type="checkbox"/> Vida	_____	+	_____	= _____
	Cantidad actual en vigencia, si la hubiera		Cantidad extra solicitada	Cantidad total solicitada
<input type="checkbox"/> Vida de Dependientes	_____	+	_____	= _____
	Cantidad actual en vigencia, si la hubiera		Cantidad extra solicitada	Cantidad total solicitada

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

**PREGUNTAS SOBRE LA DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES MÉDICOS**

**Marque sí o no en cada una de estas preguntas y escriba los detalles de las respuestas con "sí". Anexe una hoja separada si fuera necesario.**

**AVISO: Las preguntas médicas no están relacionadas con los productos de Incapacidad para cantidades mayores a la Emisión garantizada.**

1. ¿Usted no puede ahora sostener empleo por jornada completa como lo define un médico con licencia debido a una afección física o trastorno mental o una lesión? .....  Sí  No
2. Ha sido tratado por un médico, ha sido diagnosticado o le han recetado medicamentos para alguna de las siguientes enfermedades:
  - A. ¿Enfermedad del hígado, páncreas, úlceras, estómago, intestinos o trastornos del aparato digestivo? .....  Sí  No
  - B. ¿Esclerosis múltiple, epilepsia, derrame cerebral, parálisis, entumecimiento, trastornos visuales, ceguera, sordera o algún otro trastorno neurológico o muscular? .....  Sí  No
  - C. ¿Cáncer, tumor, lesiones, leucemia, linfoma maligno, coagulación de la sangre o algún otro tumor o neoplasia maligna? .....  Sí  No
  - D. ¿Enfermedades cardiovasculares, enfermedad cardíaca, arterioesclerosis, pulso anormal, hipertensión, soplo cardíaco, valvulopatía, trastornos circulatorios o vasculopatía? .....  Sí  No
  - E. ¿Enfisema, asma, bronquitis, apnea del sueño u otras enfermedades respiratorias o pulmonares? .....  Sí  No
  - F. ¿Lupus eritematoso, esclerodermia, vasculitis, enfermedad del tejido conjuntivo o un padecimiento del sistema inmunitario no relacionado al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? .....  Sí  No
  - G. ¿Artrosis, artritis reumatoide, osteoporosis, dolor en las articulaciones, amputaciones u otra enfermedad o padecimiento de los huesos, articulaciones, espalda o columna vertebral, padecimientos de artritis o en las vertebras? .....  Sí  No
  - H. ¿Diabetes, enfermedad de la tiroides, glándulas, bazo o nefritis? .....  Sí  No
  - I. ¿Drogadicción o alcoholismo, o ha tomado alcohol o usado drogas o nicotina de una forma que le haya causado tener que recibir tratamiento médico? .....  Sí  No
  - J. ¿Enfermedad psiquiátrica o mental, depresión, trastorno de adaptación, trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)? .....  Sí  No
3. ¿En los últimos 7 años ha padecido alguna enfermedad o lesión que haya necesitado el uso de medicamentos recetados o consultas con un médico profesional? .....  Sí  No
4. ¿Le han dado resultados positivos de las pruebas por haber estado expuesto a la infección por el VIH o ha sido diagnosticado con un complejo relacionado con el sida (CRS) o sida causada por la infección por el VIH u otra enfermedad o afección como resultado de dicha infección? .....  Sí  No
5. ¿Ha sido aconsejado por un médico profesional que necesita una intervención quirúrgica o que haga una cita para tratar una enfermedad física o mental, o una lesión? .....  Sí  No
6. ¿Ha sido diagnosticada por un médico profesional que está embarazada? .....  Sí  No

Estatura	Peso	Nombre del médico o clínica que tenga todos los datos médicos del solicitante (escriba el nombre y la dirección postal)

**Abajo, describa cualquier pregunta que haya contestado "sí". (Por favor indique el número de la pregunta.)**

Número de la pregunta	Descripción de lesiones, trastornos y intervenciones quirúrgicas	Mes y año	Duración	Resultado final	Médicos consultados, ciudad y estado

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN** *(Por favor lea con atención.)*

- Confirmando que las declaraciones incluidas en la presente, incluso aquellas hechas en respuesta a las preguntas sobre la declaración de antecedentes médicos y cualquier anexo, son verdaderas a mi leal saber y entiendo que forman la base de cualquier cobertura dentro de las Pólizas colectivas. Entiendo que cualquier información errónea u omitir información que sea importante para la emisión de cobertura podrían servir de base para la rescisión de mi seguro o para negar el pago de una reclamación. Estoy de acuerdo en informar a Standard Insurance Company (The Standard) de cualquier cambio en mi estado médico mientras esté pendiente mi solicitud de inscripción. Estoy de acuerdo en que, si mi solicitud es aceptada por The Standard, la fecha de vigencia de cualquier cobertura se basará según las estipulaciones de las Pólizas colectivas, así como cualquier requisito que cubre la estipulación de estar Presente en el trabajo. Estoy de acuerdo en que, si mi solicitud es rechazada, la responsabilidad de The Standard se limita a la devolución de cualquier prima que yo hubiera pagado.
- A cualquier plan de salud, médico, proveedor de servicios médicos, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, institución médica, compañía de seguros o reaseguradoras y la Oficina de Información Médica, Inc. (MIB, por sus siglas en inglés), les instruyo que divulguen la totalidad de mi historia clínica y de cualquier otra información médica protegida relacionada conmigo a The Standard o sus reaseguradoras. Esto incluye la información sobre cualquier trastorno del sistema inmunitario, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) u otros síndromes o complejos relacionados, además de cualquier trastorno o enfermedad de transmisión sexual. Esto también incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y por el uso de alcohol, drogas y tabaco, con exclusión de notas de psicoterapia.
- Yo, el suscrito, declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no es parte de esta autorización e instruyo a cualquiera de los identificados anteriormente a entregar y divulgar toda mi historia clínica sin reservas.
- Entiendo que The Standard usará los datos para decidir mi derecho a participar en la cobertura de seguro colectivo. Entiendo que The Standard puede divulgar mi información que tenga a sus reaseguradoras y a cualquier persona haciendo negocios o prestando servicios legales a The Standard y que estén relacionados con mi solicitud. Entiendo que The Standard puede divulgar mi información a la MIB con el propósito de informar al servicio de intercambio de información de la MIB y para que la MIB pueda auditar los informes de The Standard. Entiendo que The Standard puede divulgar mi información a otras compañías de seguros de quien he solicitado cobertura de seguro o beneficios.
- Entiendo que la información divulgada a The Standard en conformidad con la autorización puede estar sujeta a una divulgación posterior con mi autorización o según lo permita la ley. La cobertura por seguro de vida e incapacidad no está sujeta a la Regla de Privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la divulgación de información a The Standard no está protegida por la Ley.
- Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta autorización será válida por seis meses a partir de la fecha de la firma que mostrada abajo. Una fotocopia o facsímil de esta autorización será tan válida como el original.
- Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización. Además, entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración por escrito a The Standard, salvo en la medida en que se haya utilizado para divulgar los registros. Entiendo que la revocación de esta autorización o el hecho de no firmarla pueden disminuir la capacidad de The Standard para revisar o tramitar mi solicitud y pueden ser la base para rechazar mi solicitud de cobertura de seguro.
- Entiendo que si mi solicitud es aceptada, las primas se pagarán de conformidad con las cláusulas de las Pólizas colectivas, y que mi cobertura estará sujeta a las estipulaciones y cláusulas de las Pólizas colectivas y las limitaciones estatales.
- Para el miembro o empleado: Si actualmente tengo una designación de beneficiario de mi Seguro de Vida o por un Fideicomiso de Seguro de Vida registrado con el administrador de mi plan, entiendo que las designaciones registradas también cubren cualquier cantidad autorizada. Si no tengo una designación de beneficiarios en los registros o si deseo cambiar el nombre de los beneficiarios actuales, me comunicaré con el administrador de mi plan.
- Entiendo que el seguro del Cónyuge u otro Dependiente, si los hubiera, es pagadero al miembro o empleado, si está vivo, o conforme lo estipulan las cláusulas de las Pólizas colectivas.
- Reconozco que he recibido y leído el Aviso sobre prácticas de divulgación de información y que guardo una copia de esta Declaración de antecedentes médicos.

**AVISO DE FRAUDE**

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamación o una solicitud que incluya información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

**Firma del solicitante** (o miembro o empleado por hijo dependiente)

**Fecha**

*Aviso: Su rechazo no cambia otras Cantidades de emisión garantizada no sujetas a la Evidencia de Asegurabilidad ni otras coberturas ya en vigencia con Standard Insurance Company.*

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

## AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

- Como ayuda para confirmar su derecho de participación en la cobertura de seguro colectivo, podríamos solicitar información sobre usted a otras personas y organizaciones. Por ejemplo, podríamos solicitarle información a su médico u hospital, a otras compañías aseguradoras o a la MIB, Inc. (MIB), antes conocida como la Oficina de Información Médica. Cuando solicitemos esta información, usaremos la autorización que usted firmó en este formulario.
- MIB. La información relacionada a su asegurabilidad será tratada de manera confidencial. Sin embargo, Standard Insurance Company o sus reaseguradoras podrían hacer un breve informe al respecto para la MIB, organización no lucrativa formada por compañías aseguradoras, que administra un intercambio de información en nombre de sus miembros. Si usted solicita cobertura de seguro médico o de vida (incluso incapacidad de corto y largo plazo) a otra compañía miembro de la MIB o presenta a dicha compañía una reclamación de subsidios, a petición, la MIB proporcionará a dicha compañía la información en sus registros.  
Al recibir una solicitud suya, la MIB preparará la divulgación de cualquier información que pueda tener en sus registros. Comuníquese con la MIB al 866-692-6901 (TTY 866-346-3642). Si usted refuta la precisión de la información en los registros de la MIB, puede comunicarse con ellos para pedir una corrección en conformidad con los procedimientos establecidos por la Ley Federal de Informe Justo de Crédito. La dirección de la oficina de información de la MIB es: 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734.  
Standard Insurance Company podría divulgar la información en sus registros a sus reaseguradoras, y Standard Insurance Company y sus reaseguradoras pueden divulgar la información en sus registros a otras compañías de seguros ante las cuales usted solicite seguro médico o de vida (incluso incapacidad de corto y largo plazo), o a las cuales se presente una reclamación de subsidios. La información para los consumidores sobre la MIB puede ser obtenida en su sitio web en [www.mib.com](http://www.mib.com).
- DIVULGACIÓN A TERCEROS. La información obtenida sobre usted es confidencial. Nosotros no divulgaremos información sobre usted sin su autorización, salvo que sea necesario para realizar nuestros negocios o conforme lo estipule o lo permita la ley.
- SUS DERECHOS. Tiene el derecho de saber qué información tenemos sobre usted en nuestros registros de seguros. También tiene el derecho de pedirnos que corrijamos cualquier información que usted piense es incorrecta. Nosotros revisaremos en detalle su solicitud y haremos los cambios que se justifiquen. Si desea mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de divulgación de información, escríbanos a: Medical Underwriting, Standard Insurance Company, 900 SW Fifth Avenue, Portland, Oregon 97204 o llame al 1-800-843-7979.