



Employer Group Benefits Coverage Information

Información de Beneficios de Grupo de Cobertura del Empleador

Thank you for choosing The Hartford. All sections of this form must be completed and received by The Hartford within 30 days of the signature date.

Gracias por elegir la cobertura de seguro a través de The Hartford. Todas las secciones de este formulario deben de ser completadas y recibidas dentro de los 30 días de la fecha en la que se firmó.

Employers: Please completely fill out **Section 1 and Section 2 on this page** and forward the entire form to the employee. Refer to your Policy and employee records for this information. These records are your property and are not on file with The Hartford. An incomplete form will result in a delay in processing your employee's request for insurance.

Empleadores: Por favor completar la **Sección 1 y Sección 2 de esta página** y envíe el formulario completo al empleado. Consulte su póliza y los registros de empleados para obtener esta información. Estos registros son de su propiedad y no están archivados en The Hartford. Un formulario incompleto resultará en un retraso en el procesamiento de la solicitud de seguro de su empleado.

Employees: Please completely fill out the **Applicant Information section on the 3rd page** even if you are not applying for coverage.

Empleados: Por favor completar la sección **Información del solicitante en la 3ra página** incluso si no está solicitando cobertura.

Section 1: Employer Details (to be completed by Employer)

PLEASE PRINT CLEARLY

Sección 1: Detalles del Empleador (debe de ser completado por el empleador)

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Employer Name: Nombre del Empleador	Policy Number: Número de Póliza
Employer Mailing Address (Street, City, State, Zip Code): Dirección Postal del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Division/Location/Subsidiary with Mailing Address (if applicable): División/Ubicación/Subsidiaria con Dirección Postal (si es aplicable)	
Benefits Contact Name (First, Last): Nombre del administrador de beneficios (Nombre y Apellido)	
Benefits Contact Email Address: Dirección de Correo Electrónico del administrador de beneficios	Benefits Contact Phone: Número teléfono del administrador de beneficios

Section 2: Employee Details (to be completed by Employer)

PLEASE PRINT CLEARLY

Sección 2: Detalles del Empleado (debe de ser completado por el Empleador)

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Employee Name (First, MI, Last): Nombre Completo del Empleado (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, y Apellido)	Employee ID: Identificación de Empleado (EE ID)
Base Annual Earnings*: *As described in the Contract with The Hartford Base de Ingresos Anuales* * Tal y como se describe en el contrato con The Hartford	Date of Hire (mm/dd/yy): Fecha de contratación (mes/día/año)

Life Insurance Coverage Requested
Cobertura de seguro de Vida Solicitado

*GI is the maximum amount of coverage as defined in the contract with The Hartford that does not require EOI.
*GI es la cantidad máxima de cobertura según se define en el contrato con The Hartford que no requiere EOI.

	Current Coverage: Amount of coverage you currently have prior to completing this PHA including Guaranteed Issue (GI) if any* Cobertura Vigente: Es la cantidad de cobertura que usted tenía antes de completar esta solicitud. También incluya el monto garantizado (GI), si hay alguno*	Plus Más (+)	Additional (New) Coverage Requested: The coverage amount above the "current coverage", that requires Evidence of Insurability (EOI)* Cobertura Adicional (Nueva) Solicitada: Es la cantidad de cobertura que está solicitando adicionalmente de la cobertura vigente, la cual se requiere una solicitud de evidencia de asegurabilidad (EOI)*	Equals Igual A (=)	Total Coverage: Current Coverage plus Additional Amount equals the total coverage Cobertura Total: La cobertura vigente más la cobertura adicional es igual a la cobertura total.
Employee Basic Life: Seguro de Vida Básico para el Empleado	\$	+	\$	=	\$
Employee Supplemental or Voluntary Life: Seguro de Vida Voluntario para el Empleado	\$	+	\$	=	\$
Spouse Basic Life: Seguro de Vida Básico para el Cónyuge	\$	+	\$	=	\$
Spouse Supplemental or Voluntary Life: Seguro de Vida Voluntario para el Cónyuge	\$	+	\$	=	\$

Child Supplemental or Voluntary Life Requested:
Cobertura de seguro de Vida Solicitado para su Hijo

Check Yes if Employee is requesting Child Life coverage that is subject to EOI Si el empleado está solicitando Seguro de Vida para su Hijo, la cual se requiere una solicitud de evidencia de asegurabilidad (EOI), marque "SI"	☐ Yes, EOI is required Sí, Se requiere Evidencia de Asegurabilidad (EOI)	Indicate the number of Child(ren) applying: Indique la cantidad de Hijos que solicitaran cobertura _____
--	--	--

Disability Insurance Coverage Requested:
Cobertura de seguro de Discapacidad Solicitada

☐ Yes, EOI is required for Short Term Disability Sí, Se requiere Evidencia de Asegurabilidad (EOI) para Discapacidad de Corto Plazo
☐ Yes, EOI is required for Long Term Disability Sí, Se requiere Evidencia de Asegurabilidad (EOI) para Discapacidad de Largo Plazo

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____



SOLICITUD CON LA PRUEBA DE ASEGURABILIDAD

HARTFORD LIFE AND ACCIDENT INSURANCE COMPANY

One Hartford Plaza, Hartford, CT 06155

Información del solicitante: **Escriba con letra clara y complete todo el formulario.**

Si los solicitantes son más de tres, proporcione sus datos en una hoja aparte.

Abreviaturas: Empleado = EE Cónyuge = CY Hijo/a = HJ

	Nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Género	Altura (pies y pulgadas)	Peso (libras)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Empleado				☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro			
Cónyuge				☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro			
Hijo/a				☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro			

* Si está embarazada, indique su peso previo

Empleado	Dirección física (con número de apartamento)		Teléfono celular	
	Ciudad		Otro teléfono	
	Estado, código postal		Correo electrónico	

Cónyuge	Dirección física (con número de apartamento)		Teléfono celular	
	Ciudad		Otro teléfono	
	Estado, código postal		Correo electrónico	

☐ La misma que la del empleado

Hijo/a	Dirección física (con número de apartamento)		Teléfono celular	
	Ciudad		Otro teléfono	
	Estado, código postal		Correo electrónico	

☐ La misma que la del empleado

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Información de salud			
Cada solicitante debe responder todas las preguntas que se indican a continuación según su mejor saber y entender. En el caso de menores de edad, el tutor legal debe contestar todas las preguntas. Si tiene más de un hijo, en otra hoja señale a cuál de ellos corresponden las respuestas.	EE	CY	HJ
Marque Sí o No de forma clara. Cada respuesta debe ocupar solo un casillero.			
En los últimos 5 años, ¿se le diagnosticó síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o una enfermedad por tener SIDA en estado avanzado, o recibió tratamiento para alguno de esos cuadros por parte de un médico colegiado?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Está embarazada?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, y sin contar embarazos anteriores, ¿dejó de trabajar por más de 10 días laborales consecutivos a raíz de una discapacidad, lesión o enfermedad?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, ¿consumió drogas o narcóticos —sin contar los que le haya recetado el médico—?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, ¿un profesional sanitario colegiado le diagnosticó drogadicción o alcoholismo o recibió tratamiento por abuso de drogas o bebidas alcohólicas? (Los grupos de apoyo quedan exceptuados).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, recibió tratamiento médico o consejería por parte de un doctor u otro prestador sanitario a raíz del consumo de alcohol o drogas sin receta médica o le indicaron que suspendiese su uso?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, ¿lo condenaron por conducir un automotor bajo los efectos de drogas o alcohol?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, ¿tuvo algún intento de suicidio o ideas suicidas?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

En los últimos 5 años, ¿se le diagnosticó alguna de las enfermedades que se mencionan a continuación o un profesional de la salud colegiado lo trató por lo siguiente?

*** Marque Sí o No de forma clara. Cada respuesta debe ocupar solo un casillero.**

	EE	CY	HJ		EE	CY	HJ
Arteriopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, miocardiopatía, cardiomegalia, cirugía de corazón o ataque al corazón, anomalía cardíaca congénita, latidos cardíacos anormales, infección cardíaca o valvulopatía.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Cáncer, tumor maligno, leucemia, linfoma, enfermedad de Hodgkin, linfoma no hodgkiniano, neoplasia hemática maligna, mieloma, mieloma múltiple o tumor carcinoide. (No marque «Sí» si tiene antecedentes de carcinoma basocelular). Si la respuesta es «Sí», indique la fecha del diagnóstico:	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Hipertensión. Si usted marcó que sí tiene hipertensión, ¿le cambiaron el medicamento en los últimos 6 meses?	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	Artrosis, artritis reumatoide, artropatía psoriásica, artritis gotosa o alguna enfermedad, lesión o cirugía de ligamentos, tendones, cartílagos o articulaciones de rodilla, espalda, columna, hombro, cadera, tobillo, codo, mano o muñeca.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Arterias bloqueadas, arteriopatía carotídea, enfermedad vascular periférica o cerebral, arterioesclerosis, aterosclerosis o aneurisma.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Síndrome de fatiga crónica o fibromialgia.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Tumor cerebral, ataque cerebrovascular, hemorragia intracerebral o subaracnoidea, anomalía arteriovenosa, traumatismo craneoencefálico (TCE) o ataque isquémico transitorio (AIT).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Lupus eritematoso sistémico, enfermedad que afecta al tejido conjuntivo, glomerulonefritis, síndrome nefrótico, enfermedad mixta del tejido conjuntivo, esclerodermia, síndrome CREST, síndrome de Sjögren, colangitis o colangitis esclerosante primaria.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Epilepsia.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Pancreatitis, cirrosis o hepatitis. (No marque «Sí» si se trata de Hepatitis A).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfisema, insuficiencia respiratoria, fibrosis pulmonar o enfermedad pulmonar intersticial.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Esclerosis lateral amiotrófica (ELA), esclerosis múltiple (EM), enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo, demencia, enfermedad de Parkinson, distrofia muscular o parálisis.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Diabetes tipo 1 o 2. (No marque «Sí» si tuvo diabetes gestacional o prediabetes).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Insuficiencia o trasplante de órgano principal.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

Trastorno del estado de ánimo, distimia, trastorno de adaptación, depresión, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de estrés postraumático (TEPT).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, síndrome de Barrett o várices esofágicas.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Trastorno psicótico, de personalidad, bipolar, esquizofrénico o de la conducta alimentaria.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Enfermedad renal crónica, insuficiencia renal o diálisis o poliquistosis renal.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Anemia aplásica, anemia drepanocítica, anemia hemolítica o talasemia mayor.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Glaucoma, iritis, escleritis, degeneración macular, neuritis óptica, desprendimientos de retina, retinopatía o enfermedad de Ménière.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Aviso, autorización y consentimiento

Con el objeto de completar la evaluación de esta solicitud, Hartford Life and Accident Insurance Company («La Compañía») podrá comunicarse con usted para hacerle más preguntas o solicitarle información extra, de acuerdo con lo que usted autorizó. Asimismo, La Compañía podrá obtener información de otras fuentes y copias de sus historias clínicas que nos haya autorizado a revisar.

Yo, el solicitante que suscribe, autorizo a que La Compañía, durante la evaluación de esta solicitud, me contacte por correo postal, correo electrónico seguro, teléfono (como por ejemplo: por mensaje de voz) o aplicaciones de mensajería electrónica, a la dirección, al número telefónico, o por otras vías de comunicación que se indiquen en la solicitud, o que yo haya brindado por otro medio, por los siguiente motivos:

1. para aclarar cierta información que conste en el formulario;
2. para obtener información que falte en el formulario;
3. para hacerme más preguntas a mí o a mi médico sobre la información que he proveído; o
4. para solicitar más información, como por ejemplo, un examen paramédico.

Además de la información que suministré en esta solicitud, autorizo a La Compañía a que use los datos que obtenga sobre mí persona a partir de expedientes sobre reclamos, solicitudes de seguros, datos de reclamos y demás información de salud que mi/s doctor/es o yo hayamos enviado a La Compañía en ocasiones anteriores. Asimismo, autorizo a mi empleador, planes de salud o beneficios, médicos, profesionales de la salud, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias o gestores de prestaciones farmacéuticas, agencias de informes de datos médicos, Departamento del Automotor, autoridad con competencia en antecedentes penales, agencia de informes de antecedentes, que poseen mi información de salud protegida («PHI» por sus siglas en inglés) u otra información personal, como copias de registros sobre enfermedades físicas o mentales (a excepción de las notas de psicoterapia), diagnósticos, pronósticos, información de recetas médicas, atención o tratamiento que haya recibido (a excepción de pruebas genéticas), registro de conducción, antecedentes penales y otros relevantes a que entreguen dicha PHI u otra información personal a La Compañía o a su representante.

La Compañía solo podrá usar la información que se le comunique en virtud de la presente siempre que sea relevante para suscribir esta solicitud de seguros u otra durante los veinticuatro (24) meses posteriores a la fecha de la firma, cuando sea preciso para colaborar en detectar un caso de fraude, para contestar reclamos en materia reglamentaria o de índole similar o para llevar a cabo investigaciones internas.

Autorizo a La Compañía a comunicar la PHI y demás información personal que obre en sus archivos a sus reaseguradoras y afiliados, otras empresas de seguros y sus afiliados, otras personas, representantes u organizaciones que cumplan funciones en nombre de La Compañía y sus afiliados, mi empleador, o según se disponga por ley, incluyendo reportes bajo mandato para las agencias estatales. Entiendo que puedo solicitar que se me den detalles de la información recopilada sobre mí en relación con esta solicitud, la cual se me deberá entregar, junto con la identidad de la fuente de la información; en caso de que se trate de información de salud, se le proporcionará al profesional sanitario colegiado que yo elija.

La presente autorización tendrá una validez de veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de la firma que se exhibe más adelante. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, previa solicitud. Esta autorización podrá anularse mediante un pedido por escrito a La Compañía, con lo cual la autorización no permanecerá en vigor con posterioridad a la fecha en la que se reciba el pedido de invalidación. Entiendo que anularla puede ser fundamento para que se rechace mi solicitud para obtener el seguro y que ello no altera el derecho que tiene La Compañía a utilizar la petición a fin de establecer si hubo tergiversaciones una vez emitida la cobertura.

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

Recibí y leí una copia del Aviso sobre las prácticas con respecto a la información del seguro.

Fraude

Lea el comunicado que corresponde a su estado de residencia y firme la solicitud.

Para los residentes de Alaska, Arizona, Arkansas, Connecticut, Delaware, Georgia, Guam, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Luisiana, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misisipi, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo Hampshire, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Islas Vírgenes, Virginia Occidental, Wisconsin y Wyoming: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo que contenga información falsa o fraudulenta para percibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que deliberadamente suministre información falsa en una solicitud para obtener un seguro, es culpable de cometer un delito y puede quedar sujeta al pago de multas y encarcelamiento.

Para los residentes de Alabama: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo que contenga información falsa o fraudulenta para percibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que deliberadamente suministre información falsa en una solicitud para obtener un seguro, es culpable de cometer un delito y puede quedar sujeta al pago de multas resarcitorias, encarcelamiento o ambas acciones.

Para los residentes de California: Para protegerlo, en la ley de California se exige que conste el siguiente aviso en este formulario: La falsedad de la información en la solicitud de una póliza no prohibirá el derecho de recuperación en el marco de esta póliza, excepto que con tales datos falsos se haya tenido la real intención de engañar, o si tuvo un impacto considerable en la aceptación del riesgo o los peligros que asumió la aseguradora.

Para los residentes de Colorado: Es ilegal proveer, deliberadamente, información o datos falsos, incompletos o deshonestos a una compañía de seguros con la intención de estafarla o tratar de defraudarla. Entre las sanciones se encuentran las siguientes: encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o cualquiera de sus agentes que, deliberadamente, provea información o datos falsos, incompletos o deshonestos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de estafarlo o tratar de defraudarlo en relación con el pago de una liquidación o indemnización del seguro serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado, que forma parte del Departamento de Agencias Reguladoras.

Para los residentes de Kentucky: Toda persona que, conscientemente y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para obtener un seguro que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con un propósito deshonesto, información que tenga que ver con tales hechos sustanciales, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo cual es considerado un delito.

Para los residentes de Nuevo México: Toda persona que, conscientemente, presente un reclamo falso o deshonesto para el pago de una pérdida o un beneficio, o que conscientemente presente información falsa en una solicitud para obtener un seguro, es culpable de un delito y puede quedar sujeta al pago de multas administrativas y sanciones penales.

Para los residentes de Nueva York (únicamente para el seguro médico y por accidente): Toda persona que, conscientemente y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para obtener un seguro o una demanda que contenga información esencialmente falsa, o que oculte, con un propósito deshonesto, información que tenga que ver con tales hechos sustanciales, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo cual es considerado un delito y, además, quedará sujeta al pago de sanciones civiles por un importe máximo de cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.

Para los residentes de Pensilvania: Toda persona que, conscientemente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para obtener un seguro o una demanda que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con un propósito deshonesto, información que tenga que ver con tales hechos sustanciales, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo cual es considerado un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

Para los residentes de Puerto Rico: Toda persona que, conscientemente y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud para obtener un seguro, o proporcione, ayude, o haga que se presente un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida u otro beneficio, o que presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave, y al ser encontrada culpable, será sancionada por cada violación con una multa no menor a cinco mil dólares (\$5,000) y no mayor a diez mil dólares (\$10,000), o encarcelamiento por un tiempo establecido de tres (3) años, o ambas sanciones. Si hubiese circunstancias agravantes, el tiempo de encarcelamiento pautado puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; por el contrario, si hubiese circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

Para los residentes de Virginia: TODA PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, O QUE ES CONSCIENTE DE QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O INGRESE UN RECLAMO CON INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA PUEDE ESTAR INFRINGIENDO LA LEY ESTATAL.

Para los residentes de Maine, Tennessee, y Washington: Es un delito proveer, deliberadamente, información falsa, incompleta o deshonestas a una compañía de seguros con la intención de defraudarla. Entre las sanciones se encuentran: encarcelamiento, multas y la negación de los beneficios por parte del seguro.

Certificación

Por la presente constato que leí las preguntas antedichas y que todas las afirmaciones y respuestas que aquí se presentan están completas y son verdaderas según mi mejor saber y entender. Me comprometo a avisarle a La Compañía por escrito si hubiese algún cambio en mi cuadro de salud entre la fecha en la que se envíe el presente formulario y la fecha en la que se apruebe la cobertura.

Esta solicitud formará parte de la póliza.

_____	____/____/____	_____	____/____/____
Firma del empleado	Fecha de la firma	Firma del cónyuge	Fecha de la firma

_____	____/____/____
Firma del hijo	Fecha de la firma
(El padre, la madre o el tutor legal debe firmar si presenta prueba de asegurabilidad para un hijo menor de edad dependiente).	

Envíe la **página con la información sobre la cobertura de los beneficios colectivos del empleador** y la **solicitud con la prueba de asegurabilidad** completas a la siguiente dirección:

The Hartford, Medical Underwriting
P.O. Box 2999
Hartford, CT 06104-2999

Si tiene alguna pregunta o duda, comuníquese sin costo con el Departamento de Atención al Cliente de The Hartford al 1-800-331-7234 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este, o envíenos un correo electrónico a medical.uw@hartfordlife.com.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-800-331-7234

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

DISCLOSURE: The English language version is the official version of the application. The Spanish language version is for informational purposes only.

NOTA ACLARATORIA: El documento oficial de la solicitud es el que está en inglés. La versión en español se brinda solo a efectos informativos.

Each answer provided in Spanish to a Spanish question will serve to be the answer to the corresponding English question and your signature on the Spanish version will be effective for the English version.

Las respuestas que se den en español a las preguntas en ese idioma se usarán como contestación de las mismas preguntas en inglés, y la firma en la traducción será válida para el original en inglés.

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Nombre del empleado: _____

Apellido: _____

HARTFORD LIFE AND ACCIDENT INSURANCE COMPANY

One Hartford Plaza, Hartford, CT 06155

Autorización para divulgar información de salud protegida

para determinar la elegibilidad de cobertura con el seguro colectivo de vida y/o de ingresos por discapacidad

Solicite la póliza del seguro colectivo de vida y/o por discapacidad que emite Hartford Life and Accident Insurance Company («The Hartford»). Con el propósito de evaluar si soy elegible para obtener el seguro de vida y para los fines adicionales que se enumeran abajo, The Hartford puede solicitar que yo autorice la divulgación de una copia de la información de mi salud. Aunque la cobertura del seguro colectivo de vida y/o de ingresos por discapacidad no está alcanzada por los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico («HIPAA») de 1996, se solicita la presente autorización para cumplir con las exigencias de la sección 164.508(c) de las Normas para la Privacidad de la Información Sanitaria Individual plasmadas en la ley antedicha, en vigencia desde el 14 de abril de 2003.

Yo Autorizo a cualquier: plan de salud, médico o profesional de la salud, consejero, terapeuta, hospital, clínica u otros establecimientos médicos que haya proveído tratamiento, pago o servicios a mí nombre en los últimos 10 años; a las compañías aseguradoras o reaseguradoras que me hayan brindado cobertura; y a Medical Information Bureau (Oficina de Información de Salud, MIB por sus siglas en inglés) (en adelante «los cedentes») a que entreguen mi información de salud a The Hartford y sus prestadores de servicios.

The Hartford y sus proveedores de servicios pueden divulgar mi información de salud a sus agentes, empleados, representantes y proveedores de servicios. Mi información de salud significa mi expediente médico completo, lo cual incluye, por ejemplo: radiografías, copias de mis registros de salud, información de recetas médicas, historias clínicas, exámenes físicos, mentales o diagnósticos y notas de tratamientos relacionados con lo siguiente: 1) enfermedades preexistentes o vigente, dolencias, afecciones, discapacidades, trastornos, accidentes, lesiones. 2) internaciones en hospitales, establecimientos sanitarios o clínicas; 3) tratamientos ambulatorios en hospitales, salas de emergencia, establecimientos sanitarios o clínicas, así como los recibidos por parte de doctores u otros prestadores sanitarios; 4) información sobre consumo de drogas, alcoholismo, salud mental, VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual protegida por la legislación estatal o federal; 5) apoyo psicológico o terapia. La información de salud también abarca aquella sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, aunque se excluyen las notas de psicoterapia, de acuerdo con lo establecido en la HIPAA. Entiendo que MIB solo la entregará a The Hartford.

The Hartford utilizará la información de salud que obtenga en virtud de esta autorización para suscribir mi solicitud de cobertura; tomar decisiones sobre mi elegibilidad, calificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción; obtener reaseguros; y llevar adelante actividades legales y comerciales en torno a la cobertura que haya solicitado a The Hartford.

Al firmar esta Autorización, reconozco y acepto:

- Que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir la divulgación de mi información de Salud no se aplique a esta Autorización;
- Que estoy autorizando para que los cedentes entreguen y den a conocer mi información de salud, según se indica en párrafos anteriores, sin restricción alguna. Con mi firma, dejo asentado que entiendo lo siguiente:
- Que la información médica que se entregue en virtud de esta autorización dejará de estar protegida por las normas federales para la privacidad de la HIPAA y podrá volver a divulgarse sin que lo sepan los cedentes.
- Que The Hartford solo usará mi información de salud para suscribir mi solicitud para obtener la cobertura; tomar decisiones sobre mi elegibilidad, calificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción; obtener reaseguros; y llevar a cabo actividades legales y comerciales en torno a la cobertura que he solicitado ante The Hartford.
- Que 1) si me niego a firmar esta autorización para que se entregue mi expediente médico completo; o 2) si altero este documento de forma alguna, es posible que The Hartford no pueda procesar mi solicitud para obtener la cobertura.
- Que 1) si The Hartford rechaza mi solicitud para de cobertura y 2) esta denegación se sustenta total o parcialmente en la información de salud que se haya obtenido a partir de la presente autorización, The Hartford no me divulgará tal información, excepto que los cedentes así lo permitan, incluyendo mi médico u otros médicos profesionales que divulgaron dicha información a The Hartford, salvo que la ley disponga lo contrario.
- Que, si es necesario, The Hartford enviará esta autorización a los cedentes que tengan permitido entregar información de salud sobre mi persona.
- Que The Hartford me entregará un aviso por escrito de aquellos cedentes a los que le envíe esta autorización.
- Que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento. Para ello, deberé enviar una solicitud escrita directamente a los cedentes. Mi nulidad no será efectiva: a la medida en que se hayan tomado acciones en relación con dicha Autorización; o, The Hartford tiene derecho: a impugnar la póliza; o un reclamo presentado bajo la póliza.
- Que esta autorización se vencerá al cumplirse 24 meses desde la fecha de vigencia de la cobertura; o en el caso de que no se emita el seguro, esta quedará sin efecto a los 24 meses desde la fecha en que haya firmado el presente documento.
- Que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original.
- Que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.

Nombre del solicitante: _____
(nombre, inicial del segundo nombre y apellido)

Tipo de solicitante: _____
(empleado/cónyuge)

Fecha de la firma: _____
(MM/DD/AAAA)

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York [NYSE]: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com. Nombre del empleador:
