

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 o avisos 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/provincia
		Código postal	
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

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

DATOS DEL MÉDICO (*Nombre del médico o institución médica que tenga todos los datos médicos del solicitante; proporcione el nombre y la dirección postal completa*)

Primer nombre del médico		Apellido del médico	
Nombre de la clínica		Teléfono del médico	
Dirección del médico	Ciudad	Estado/provincia	Código postal
Fecha de la última consulta			
Motivo de la última consulta			

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

PREGUNTAS SOBRE LA DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Estatura	Peso
----------	------

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.

- ¿Se ha ausentado de su trabajo por un periodo de 5 días consecutivos o más durante los últimos 2 años debido a alguna enfermedad, cirugía, lesión o estado mental o emocional? Sí No
- Ha sido tratado por un médico profesional, ha sido diagnosticado o le han recetado medicamentos para alguna de las siguientes enfermedades:
 - ¿Enfermedad del hígado, páncreas, riñones, úlceras, estómago, trastorno intestinal o del sistema digestivo? Sí No
 - ¿Esclerosis múltiple, epilepsia, accidente cerebrovascular, parálisis, entumecimiento, perturbaciones visuales, sordera u otro trastorno neurológico o muscular? Sí No
 - ¿Cáncer (tumor o crecimiento maligno), leucemia, linfoma maligno, anemia crónica o coagulopatía (tromboflebitis o embolia pulmonar)? Sí No
 - ¿Enfermedad cardiovascular, padecimiento cardíaco, arteriosclerosis, dolor en el pecho, presión arterial elevada, soplo cardíaco, trastorno valvular, circulatorio o vascular? Sí No
 - ¿Enfisema, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño u otra enfermedad pulmonar? Sí No
 - ¿Lupus eritematoso, esclerodermia, vasculitis, enfermedad del tejido conjuntivo u otro padecimiento del sistema inmunitario no relacionado al virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? Sí No
 - ¿Artrosis, artritis reumatoide, osteoporosis, dolor en las articulaciones, amputaciones u otra enfermedad o padecimiento de los huesos, articulaciones, espalda o columna vertebral, o padecimientos de artritis? Sí No
 - ¿Trastornos endocrinos (inclusive tiroideos o suprarrenales), diabetes? Sí No
 - Uso o abuso de drogas, alcohol o nicotina, o ¿ha utilizado usted drogas, alcohol o nicotina de tal manera que haya tenido que obtener consejo, asesoramiento o tratamiento? Sí No
 - ¿Padecimiento psiquiátrico o mental, depresión, trastorno de adaptación, trastorno afectivo o trastorno obsesivo compulsivo? Sí No
- ¿Alguna vez un profesional médico le ha diagnosticado o recetado medicamentos para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o complejo relacionado con el sida (CRS) o anticuerpos para el VIH? Sí No
- ¿Durante los últimos cinco años ha estado en un hospital o en otra institución clínica para efectos de observación, reposo, diagnóstico, o para tratamiento de cualquier enfermedad, trastorno, afección o lesión? Sí No
- ¿Anticipa una intervención quirúrgica o consulta con un médico por alguna enfermedad física, trastorno mental, enfermedad, lesión, cirugía o embarazo existente? Sí No
- ¿Tiene actualmente algún trastorno, afección o enfermedad o está tomando medicamentos por indicación de un profesional médico u otro profesional debido a algún trastorno, estado (inclusive embarazo) o enfermedad que no sea resfriado o alergia y que no se haya mencionado arriba? Sí No

DETALLES DE LAS RESPUESTAS "SÍ" ANTERIORES

<i>Indique el diagnóstico, fechas de inicio y de terminación, duración, tipo y frecuencia del tratamiento, hospitalización, consultas a médicos, motivo, ubicación del trastorno, residuos, estado grave o crónico, pérdida de empleo y operaciones.</i>				
N.º de pregunta	Diagnóstico/descripción	Mes y año	Detalles/estado actual	Médicos consultados, ciudad y estado

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

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN *(Favor de leer con atención.)*

<ul style="list-style-type: none"> • 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 entender, 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. Mientras esté pendiente mi solicitud de inscripción, estoy de acuerdo en informar a Standard Insurance Company (The Standard) de cualquier cambio en mi estado médico. Estoy de acuerdo en que, si mi solicitud es autorizada 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, centro médico, compañía de seguros o reaseguradoras y la Oficina de Información Médica, Inc. (Medical Information Bureau o MIB), 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 recién identificados 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. Autorizo a The Standard para que divulgue 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 podría ser divulgada de nuevo con mi autorización o según lo permita la ley. La Regla de Privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA) no cubre el seguro de vida e incapacidad, por lo tanto 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 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 para cobertura de seguro. • Entiendo que si mi solicitud es autorizada, las primas se pagarán de conformidad con las cláusulas de las Pólizas colectivas y que las estipulaciones y cláusulas de las Pólizas colectivas y las limitaciones estatales cubren mi seguro. • Para miembros y empleados: Si tengo una designación de beneficiario para 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, 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 el aviso sobre fraudes (en su caso), y que guardo una copia de esta Declaración de antecedentes médicos. 	
Firma del solicitante (o del Miembro o empleado a nombre del Hijo dependiente)	Fecha

Aviso: Su rechazo no cambia ni las otras Cantidades de emisión garantizada no sujetas a Evidencia de Asegurabilidad ni las 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, podemos pedir información a su médico u hospital, otras compañías de seguros o a la MIB, Inc. (MIB), previamente conocida como Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau). 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 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. 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.
- 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, escribanos a: Medical Underwriting, Standard Insurance Company, 900 SW Fifth Avenue, Portland, Oregon 97204 o llame al 1-800-843-7979.

AVISO DE FRAUDE

- ARKANSAS, MAINE, OHIO: Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tal acción puede clasificarse como un delito grave y se le pueden imponer multas cuantiosas.
- COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcione a sabiendas datos o información falsa, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del producto del seguro, serán reportados a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias regulatorias.
- DISTRITO DE COLUMBIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con objeto de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. El delito se puede sancionar con prisión y multas. Además, la aseguradora podrá negar los beneficios de seguro si el solicitante presentó información falsa materialmente relacionada con una reclamación.
- KENTUCKY: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito.
- LOUISIANA, MARYLAND, NUEVO MÉXICO, RHODE ISLAND: Toda persona que a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o de beneficios, o que a sabiendas y deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede ser objeto de multas y encarcelamiento.
- NUEVA JERSEY: Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles.
- NUEVA YORK: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude, lo cual constituye un delito, y se hará objeto de sanciones civiles que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.
- PENNSYLVANIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.
- PUERTO RICO: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguros o presente, ayude o incite a presentar una reclamación fraudulenta con el fin de obtener el pago de una pérdida o de algún otro beneficio, o que presente más de una reclamación por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y, de ser declarada culpable, será sancionada por cada infracción con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000), sin sobrepasar diez mil dólares (\$10,000); o confinada a prisión por un plazo fijo de tres (3) años, o ambas cosas. En caso de existir circunstancias agravantes, el plazo fijo de encarcelamiento podrá ser aumentado a un máximo de cinco (5) años; en caso de presentarse circunstancias atenuantes, la condena en prisión podrá ser reducida a un mínimo de dos (2) años.
- TENNESSEE, VIRGINIA, WASHINGTON: Es un delito presentar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a dicha compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o rechazo de beneficios de seguro.