

Prueba de asegurabilidad del seguro de vida colectivo



Minnesota Life Insurance Company - una empresa de Securian Financial

Life Underwriting • 400 Robert Street North, St. Paul, MN 55101-2098

1-800-872-2214 • Fax 651-665-7092

NOMBRE DEL EMPLEADOR: Pasadena Independent School District

NÚMERO DE PÓLIZA: 34259

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
---------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Identificación del empleado	Salario anual	Fecha de empleo
------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	---------------	-----------------

Monto total solicitado para la cobertura voluntaria del seguro \$	Dirección de correo electrónico
----------------------------------------------------------------------	---------------------------------

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (completar únicamente si la cobertura exige prueba de asegurabilidad)

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellidos)	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
---------------------------------------------------------------	---------------------	--------------------

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal; marcar aquí si es el mismo que el indicado arriba)

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Dirección de correo electrónico
------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

Monto total solicitado para la cobertura del seguro del cónyuge dependiente

\$5,000 \$10,000 \$20,000

PREGUNTAS SOBRE SALUD (completar siempre para la cobertura que exija prueba de asegurabilidad)

Altura del empleado	Peso del empleado	Altura del cónyuge	Peso del cónyuge	Ocupación del cónyuge
---------------------	-------------------	--------------------	------------------	-----------------------

Empleado	Cónyuge	
Sí No	Sí No	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. En los últimos 7 años, le han diagnosticado o ha recibido tratamiento por alguno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad o trastorno cardíacos, dolor en el pecho • Presión arterial alta • Cáncer o tumor • EPOC, apnea obstructiva del sueño u otra enfermedad pulmonar o respiratoria • ACV, AIT, convulsiones, epilepsia o esclerosis múltiple • Trastorno de los riñones o del páncreas • Colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, cirugía bariátrica o algún trastorno del estómago o del intestino • Anemia, leucemia u otro trastorno de la sangre • Hepatitis B, hepatitis C u otro trastorno del hígado • Diabetes • Depresión, trastorno bipolar o algún trastorno mental • Abuso de drogas o alcohol, incluidas adicciones • Dolor crónico, artritis reumatoide, artritis psoriásica, lupus • Sida, complejo relacionado con el sida o VIH, incluidos resultados positivos de análisis de sangre • ELA o distrofia muscular
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2. Durante los últimos 5 años, ¿ha sido hospitalizado, ha sido sometido a una cirugía, ha recibido medicamentos, tratamientos o se ha realizado estudios de diagnóstico por algún motivo distinto de las afecciones mencionadas en la pregunta 1 (que no sea por los siguientes: reflujo ácido; alergias; anticoncepción; colesterol alto; resfío; extirpación del apéndice o vesícula biliar; tiroides poco activa; cálculos renales; embarazo sin complicaciones o infección menor)?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. ¿Algún profesional médico está considerando o le recomienda realizarse algún procedimiento médico, quirúrgico o de diagnóstico ambulatorio o con hospitalización (que no sean los siguientes: análisis de laboratorio o exploración física de rutina)?

Securian Financial es el nombre comercial de Minnesota Life Insurance Company. Los productos de seguro son emitidos por Minnesota Life Insurance Company.

⇒⇒⇒⇒ **Provea detalles para todas las respuestas con "Sí" en la página 2 y firme en la página 3** ⇒⇒⇒⇒

INFORMACIÓN ADICIONAL DE SALUD (propvea detalles para todas las respuestas con "Sí" a las preguntas sobre salud)

NOMBRE	FECHA	NOMBRE Y DOMICILIO DEL MÉDICO, CLÍNICA U HOSPITAL	MOTIVO DE LA CONSULTA	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

AVISO DE PRIVACIDAD DEL CONSUMIDOR

Para evaluar los riesgos de su solicitud de seguro, Minnesota Life Insurance Company (la "Compañía") puede solicitar información personal adicional, como un examen médico de seguro; análisis de laboratorio; historiales médicos de su compañía de seguros, médico u hospital; un informe de MIB, Inc., una organización sin fines de lucro de compañías de seguros de vida que intercambia información entre sus miembros. La información sobre su asegurabilidad es confidencial. Sin su autorización expresa, la Compañía o sus reaseguradoras pueden enviar su información a los organismos gubernamentales que regulan el seguro, o, sin identificarlo, a organizaciones de seguros para realizar estudios estadísticos. Si solicita un seguro de vida o de salud a una compañía miembro de MIB, Inc., o si presenta una reclamación de beneficios ante una compañía miembro, MIB, Inc., a pedido, le proporcionará a la compañía miembro la información que figura en su archivo. Usted o su representante autorizado tienen derecho a lo siguiente: recibir por correo o copiar su información personal que figura en los archivos de la Compañía o de MIB, Inc., incluidos la fuente y quien recibió copias en los últimos dos años; corregir o modificar la información personal que figura en estos archivos; conocer las razones específicas por las que no se emitió la cobertura según lo solicitado; y revocar su autorización en cualquier momento. Previa su solicitud por escrito, dentro de los 30 días, la Compañía explicará por escrito cómo saber qué hay en su archivo, su fuente, cómo corregirlo o modificarlo, o cómo saber por qué no se emitió la cobertura según se solicitó. Puede enviar a la Compañía una declaración por escrito de por qué no está de acuerdo. Si corregimos o modificamos la información, se lo notificaremos a usted y a cualquier persona que pueda haber recibido la información. Si no estamos de acuerdo con su declaración, lo notificaremos y mantendremos su declaración en su archivo.

Para obtener más información sobre su archivo o sus derechos, puede comunicarse con:

Life Underwriting
 Minnesota Life Insurance Company
 400 Robert Street North
 St. Paul, Minnesota 55101-2098
 Teléfono: 800-872-2214

Para obtener información sobre MIB, Inc., puede comunicarse con:

MIB, Inc.
 50 Braintree Hill, Suite 400
 Braintree, MA 02184-8734
 Teléfono: (866) 692-6901
 Sitio web: www.mib.com

⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨ **Firme la página 3** ⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨

AUTORIZACIÓN

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico, administrador de beneficios de farmacia, recopilador de datos u otro proveedor de atención médica que haya proporcionado pagos, tratamientos o servicios a mí o en mi nombre a divulgar mi historial médico completo y cualquier otra información de salud protegida que se relacione conmigo a Minnesota Life Insurance Company (la Compañía) y a sus empleados, reaseguradores y representantes. Esto incluye información sobre el diagnóstico o tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de enfermedades de transmisión sexual. Esto también incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y del uso de alcohol, drogas y tabaco.

También autorizo a cualquier persona, médico, institución, compañía de seguros o MIB, Inc. a proporcionar cualquier información médica o no médica sobre mí, incluido el abuso de alcohol o drogas, a la Compañía y sus reaseguradoras. Autorizo a todas las fuentes mencionadas, excepto MIB, Inc., a proporcionar dicha información a cualquier organismo empleado por la Compañía para recopilar y transmitir dicha información. Autorizo a la Compañía, o a sus reaseguradoras, a confeccionar un breve informe de mi información de salud personal para MIB, Inc.

Esta información de salud protegida debe divulgarse conforme a esta autorización para que la Compañía pueda: 1) evaluar los riesgos de mi solicitud de cobertura y tomar decisiones de elegibilidad, calificación de riesgo, emisión de pólizas e inscripción; 2) obtener un reaseguro; 3) administrar reclamaciones y determinar o cumplir con la responsabilidad de la cobertura y la provisión de beneficios; 4) administrar la cobertura; y 5) realizar otras actividades legalmente permitidas que se relacionen con cualquier cobertura que tenga o haya solicitado con la Compañía.

Esta Autorización permanecerá en vigencia durante los 24 meses posteriores a la fecha de mi firma a continuación. Una copia de esta Autorización es igual de válida que la original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Entiendo que la información puede ser utilizada con el propósito de realizar estudios actuariales o comerciales internos, investigaciones, análisis y otros estudios. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito, en cualquier momento, mediante el envío de una solicitud de revocación por escrito a la Compañía. Entiendo que una revocación no se aplica a ninguna acción que se haya tomado en virtud de esta Autorización o del derecho legal de la Compañía de impugnar una reclamación en virtud de una póliza de seguro o de impugnar la póliza en sí. Entiendo que existe la posibilidad de volver a divulgar cualquier información ya divulgada conforme a esta Autorización y que, una vez divulgada, es posible que ya no esté protegida por las normas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad. Entiendo que si me niego a firmar esta Autorización para divulgar mi historial médico completo, es posible que la Compañía no pueda procesar mi solicitud o que, si se ha emitido una cobertura, no pueda realizar ningún pago de beneficios.

He leído esta Autorización y el Aviso de Privacidad del Consumidor, y entiendo que puedo tener copias. Las respuestas proporcionadas en esta solicitud son declaraciones de la persona que firma a continuación. Las respuestas son veraces y completas. Se entiende que Minnesota Life Insurance Company no incurrirá en ninguna responsabilidad debido a esta solicitud, a menos que haya sido aprobada por la Compañía y se haya pagado la primera prima, siempre que mi salud y otras condiciones que afectan mi asegurabilidad sean las descritas en esta solicitud. Autorizo a mi empleador a debitar las primas de mi salario para pagar esta cobertura. Entiendo que las respuestas falsas o incorrectas a las preguntas anteriores pueden provocar la rescisión de la cobertura. Si la cobertura es rescindida, se negarán las reclamaciones que de otro modo serían válidas.

Firma de empleado X	Fecha de la firma	Nombre de empleado (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento
Firma del cónyuge X	Fecha de la firma	Nombre del cónyuge (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento

FOR OFFICE USE ONLY:

Employee Voluntary Life coverage			Spouse Dependent Life coverage (94)			Spouse Optional Life coverage (03)		
Current in force	U/W applied for	Total elected	Current in force	U/W applied for	Total elected	Current in force	U/W applied for	Total elected
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Advertencias sobre fraude:

AR, LA, RI, WV: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y penas de prisión.

CO: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir penas de prisión, multas, denegación de seguros y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante con el propósito de estafar o intentar estafar al asegurado o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagaderos con los fondos del seguro será denunciado a la División de Seguros de Colorado, dentro del departamento de los organismos reguladores.

DC: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen penas de prisión o multas. Además, una aseguradora puede negar beneficios si el solicitante proporcionó información falsa relacionada sustancialmente con una reclamación.

FL: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a la aseguradora, presente una reclamación o solicitud con información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

KY: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a engaño, información relacionada con cualquier hecho, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito.

ME: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir penas de prisión, multas o denegación de beneficios del seguro.

MD: Toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y penas de prisión.

NJ: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles.

NM: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a sanciones civiles y penales.

OH: Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está permitiendo un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude contra el seguro.

OK: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a la aseguradora, presente una reclamación de los beneficios de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

PA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa, u oculte, con el propósito de inducir a engaño, información relacionada con cualquier hecho sustancial, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y está sujeta a sanciones penales y civiles.

TN: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen penas de prisión, multas y denegación de la cobertura.

VA: Toda persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está permitiendo un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa podría haber infringido la ley estatal.

WA: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen penas de prisión, multas o denegación de los beneficios del seguro.