

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR COBERTURA

Lea el (los) aviso(s) de las prácticas de información en la página 5. Cuando se requiera una Evidencia de Asegurabilidad o una prueba de buena salud para solicitar la cobertura, se debe presentar un formulario individual para cada solicitante (empleado/miembro y/o cónyuge). Llene todos los apartados, coloque la fecha y firme en el espacio que se encuentra en la parte inferior de la página 4. Guarde una copia para sus registros y envíe el original a Standard Insurance Company a la dirección indicada anteriormente.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/EMPLEADO

Nombre de grupo North East Independent School District		Número de grupo 760857	Marque quién está solicitando (Uno por formulario) <input type="checkbox"/> Miembro/empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge
Nombre del miembro/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/empleado

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante (persona a asegurar)		Correo electrónico	
Dirección		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 del trabajo () Teléfono de casa ()

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

Marque el tipo de seguro y proporcione detalles sobre la cantidad de cobertura que está solicitando.

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo _____ + _____ = _____
 Cantidad actual en vigencia, si la hubiera Cantidad extra solicitada Cantidad total solicitada

Seguro de Vida _____ + _____ = _____
 Cantidad actual en vigencia, si la hubiera Cantidad extra solicitada Cantidad total solicitada

Seguro de Vida para Dependientes _____ + _____ = _____
 Cantidad actual en vigencia, si la hubiera Cantidad extra solicitada Cantidad total solicitada

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

INFORMACIÓN DEL MÉDICO (Nombre del médico o del centro médico con registros médicos completos 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			

PREGUNTAS SOBRE LA DECLARACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

Marque sí o no para cada una de estas preguntas, y brinde detalles para las respuestas en las que marcó "sí". Adjunte una hoja adicional si es necesario.

1. ¿Ha estado ausente del trabajo durante un periodo de 5 o más días consecutivos en los últimos 2 años debido a alguna enfermedad, cirugía, lesión, afección mental o emocional? Sí No
2. Alguna vez un profesional médico le ha tratado, diagnosticado o recetado medicamento por alguno de los siguientes motivos:
 - A. ¿Enfermedad del hígado, páncreas, riñones, úlceras, estómago, trastorno intestinal o trastorno del sistema digestivo? Sí No
 - B. ¿Esclerosis múltiple, epilepsia, derrame cerebral, parálisis, entumecimiento, trastorno visual, sordera u otro trastorno neurológico o muscular? Sí No
 - C. ¿Cáncer (malignidad o neoplasia maligna), leucemia, linfoma, anemia crónica o coagulación de la sangre (tromboflebitis, embolia pulmonar)? Sí No
 - D. ¿Enfermedad cardiovascular, enfermedad del corazón, arteriosclerosis, dolor en el pecho, hipertensión, soplo en el corazón, trastorno valvular, circulatorio o vascular? Sí No
 - E. ¿Enfisema, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño u otra enfermedad pulmonar? Sí No
 - F. ¿Lupus, esclerodermia, vasculitis, enfermedad del tejido conectivo u otro trastorno del sistema inmunitario no relacionado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? Sí No
 - G. ¿Osteoartritis, artritis reumatoide, osteoporosis, dolor en las articulaciones, amputaciones u otra enfermedad o trastorno de los huesos, articulaciones, espalda o columna vertebral o enfermedades de artritis? Sí No
 - H. ¿Enfermedades endocrinas (incluyendo tiroides o suprarrenales), diabetes? Sí No
 - I. ¿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
 - J. ¿Enfermedad psiquiátrica o mental, depresión, trastorno de adaptación, trastorno afectivo o trastorno obsesivo-compulsivo? Sí No
3. ¿Alguna vez un profesional médico le ha diagnosticado o recetado medicamentos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Complejo Relacionado al SIDA (AIDS Related Complex (ARC, por sus siglas en inglés)) o anticuerpos del VIH? Sí No
4. Durante los últimos cinco años, ¿ha estado en un hospital u otra institución para observación, reposo, diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad, trastorno, afección o lesión? Sí No
5. ¿Tiene previsto someterse a alguna operación o consultar a un médico o profesional de la salud por una afección física o mental, enfermedad, lesión, cirugía o embarazo? Sí No
6. ¿Actualmente padece de algún trastorno, afección o enfermedad, o está tomando medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud para un trastorno, afección (incluido el embarazo) o enfermedad que no sea un resfriado o una alergia que no se haya indicado anteriormente? Sí No

Estatura _____ **Peso** _____

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

DETALLE LAS RESPUESTAS EN LAS QUE MARCÓ "SÍ" ANTERIORMENTE.

Incluya el diagnóstico, las fechas de inicio y finalización, la duración, el tipo y la frecuencia del tratamiento, la hospitalización, las visitas al médico, la causa, el área del trastorno, las secuelas, el estado agudo o crónico, la pérdida de trabajo y las operaciones.

Pregunta #	Diagnóstico/Descripción	Mes/Año	Detalles/Estado actual	Médicos consultados, ciudad y estado

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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE 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 del historial médico y cualquier información complementaria, son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y entiendo que en ellas se basa toda la cobertura que yo reciba a través de la(s) Póliza(s) colectiva(s). Entiendo que toda tergiversación u omisión de información que sea material para la emisión de cobertura puede usarse como causa de rescisión de mi seguro y/o rechazo del pago de reclamación. Mientras esté pendiente mi solicitud de inscripción, acepto informar a Standard Insurance Company (The Standard) sobre cualquier cambio en mi estado de salud. Acepto que, si mi solicitud es aprobada por The Standard, la fecha de entrada en vigencia de cualquier cobertura será determinada de conformidad con los términos de la(s) Póliza(s) colectiva(s), incluyendo cualquier requisito de trabajo activo pertinente. Acepto que si mi solicitud es rechazada, la responsabilidad de The Standard se limita a devolver cualquier prima que se haya pagado.
- A cualquier plan de salud, médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, administrador de beneficios farmacéuticos, centro médico, compañía aseguradora o reaseguradora y a la Oficina de Información Médica, Inc. (Medical Information Bureau (MIB, por sus siglas en inglés)), les instruyo que divulguen mi historial médico completo y cualquier otra información médica protegida que se refiera a mí a The Standard o sus reaseguradoras. Esto incluye información sobre cualquier trastorno del sistema inmunitario, incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) u otros síndromes o complejos relacionados, y cualquier trastorno o enfermedad contagiosa o de transmisión sexual. También incluye información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales y el uso de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia.
- Con mi firma, reconozco que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización, e instruyo a que cualquiera de los anteriores comuniquen y divulguen mi historial médico completo sin restricciones.
- Entiendo que The Standard utilizará la información para determinar mi derecho de participación en la cobertura del Seguro Colectivo. Entiendo que The Standard puede divulgar información que tenga sobre mí a sus reaseguradoras y a cualquier persona que preste servicios comerciales o jurídicos a The Standard en relación con mi solicitud. Autorizo a The Standard a divulgar la información que tenga sobre mí a la MIB con el propósito de informar al servicio de intercambio de información de la MIB, y así mismo, para que la MIB pueda auditar los informes de The Standard. Entiendo que The Standard puede divulgar información que tenga sobre mí a otras compañías de seguros a las cuales he solicitado cobertura de seguro o beneficios.
- Entiendo que la información divulgada a The Standard de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación con mi autorización o según lo permita la ley. Las coberturas del Seguro de Vida y el Seguro por Incapacidad no están sujetas a la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, por sus siglas en inglés)), y por lo tanto, la divulgación de información a The Standard no está protegida por la Ley.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta autorización será válida durante seis meses a partir de la fecha que se encuentra en la firma en la parte de abajo. Una fotocopia o fax de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
- Entiendo que tengo 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, excepto en la medida en la que se haya utilizado para divulgar los registros solicitados. Entiendo que la revocación de la autorización o el hecho de no firmarla, pueden limitar la capacidad de The Standard de evaluar o tramitar mi solicitud, y podría ser la causa de que se rechace mi solicitud para la cobertura del seguro.
- Entiendo que, si mi solicitud es aprobada, las primas se pagarán de acuerdo a las cláusulas de la(s) Póliza(s) colectiva(s), y mi cobertura estará sujeta a las estipulaciones de la(s) Póliza(s) colectiva(s) y las limitaciones del estado.
- Para el miembro/empleo: Si actualmente cuento con una designación de beneficiario para mi Seguro de Vida y/o Fideicomiso de Seguro de Vida registrada con el administrador de mi plan, entiendo que la(s) designación(es) registrada(s) también se aplicará(n) a cualquier cantidad aprobada. Si no tengo ninguna designación de beneficiario(s) registrada o deseo cambiar el nombre del (los) beneficiario(s) actual(es), me comunicaré con el administrador de mi plan.
- Entiendo que el Seguro de Cónyuge u otros Dependientes, si los hubiera, son pagaderos al miembro/empleo, si está vivo, o según se indique en los términos de la(s) Póliza(s) colectiva(s).
- Reconozco que he leído y recibido el Aviso de prácticas de información y el Aviso de fraude (si procede), y que he guardado una copia de esta Declaración del historial médico.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Aviso: los rechazos tampoco afectan a las cantidades de emisión garantizada ni a los sujetos a la Evidencia de Asegurabilidad ni a otras coberturas vigentes con Standard Insurance Company.

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

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

- Para poder determinar su derecho de participación para el Seguro Colectivo, es posible que solicitemos información sobre usted a otras personas y organizaciones. Por ejemplo, podemos solicitar información a su médico u hospital, a otras compañías aseguradoras o a la MIB, Inc. (MIB), anteriormente conocida como Oficina de Información Médica. Utilizaremos la autorización que ha firmado en este formulario cuando busquemos esta información.
- MIB: la información con relación a su asegurabilidad será tratada como confidencial. No obstante, Standard Insurance Company o sus reaseguradoras pueden presentar un breve informe al respecto a la MIB, una organización sin fines de lucro de compañías de seguros que se encarga del intercambio de información en nombre de sus miembros. Si usted solicita a otra compañía miembro de la MIB una cobertura de Seguro médico o de vida (incluyendo el Seguro por Incapacidad de Corto Plazo y el de Largo Plazo), o si se presenta una reclamación de subsidios a dicha compañía, la MIB, mediante una solicitud previa, proporcionará a dicha compañía la información que está en su registro.
Cuando reciba una solicitud suya, la MIB se encargará de divulgar cualquier información que pueda tener en su expediente. Por favor, comuníquese con la MIB al 866-692-6901. Si usted cuestiona la precisión de la información contenida en el expediente de la MIB, puede ponerse en contacto con ellos y solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en 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 puede divulgar la información de su expediente a sus reaseguradoras, y Standard Insurance Company, o sus reaseguradoras, pueden divulgar la información de su expediente a otras compañías de seguros a las que usted pueda solicitar un Seguro médico o de vida (incluyendo el Seguro por Incapacidad de Corto Plazo y el de Largo Plazo), o a las que se pueda presentar una reclamación de subsidios. Los consumidores pueden obtener información sobre la MIB en su sitio web en www.mib.com.
- DIVULGACIÓN A OTROS: la información recopilada sobre usted es confidencial. No divulgaremos ninguna información sobre usted sin su autorización, excepto en la medida en que sea necesario para llevar a cabo nuestros negocios o según lo exija o permita la ley.
- SUS DERECHOS: tiene derecho a saber qué información tenemos sobre usted en nuestro expediente del seguro. También tiene derecho a pedirnos que corrijamos cualquier información que considere incorrecta. Revisaremos cuidadosamente su solicitud y haremos los cambios que se justifiquen. Si desea obtener más información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, escríbanos a Medical Underwriting, Standard Insurance Company, 900 SW Fifth Avenue, Portland, Oregon 97204 o llame al 1-800-843-7979.

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

AVISO DE FRAUDE:

- ARKANSAS, MAINE, OHIO: algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas como un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.
- COLORADO: es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos 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 del seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcione, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto a un arreglo u otorgamiento pagaderos de las ganancias del seguro, se reportará al Departamento de seguros de Colorado, dentro de la División de agencias regulatorias.
DISTRITO DE COLUMBIA: es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con la reclamación.
- KENTUCKY: cualquier 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, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito.
- LOUISIANA, NEW MEXICO: toda persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de beneficios, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro estará cometiendo un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento.
- MARYLAND, RHODE ISLAND: toda persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de beneficios, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro estará cometiendo un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento.
- NEW JERSEY: cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.
- NEW 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, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.
- PENNSYLVANIA: cualquier 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, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.
- PUERTO RICO: cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, colabore o sea cómplice en la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y, de ser hallada culpable, será sancionada por cada infracción con una multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000), que no excederá de diez mil dólares (\$10,000); o será encarcelada por un periodo determinado de tres (3) años, o ambas cosas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la pena de cárcel puede aumentar hasta un máximo de cinco (5) años; si se dan circunstancias atenuantes, la pena de cárcel puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.
- TENNESSEE, VIRGINIA, WASHINGTON: se considera un delito presentar conscientemente información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de estafar a dicha compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.