

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR COBERTURA

Lea el Aviso sobre el manejo de la información de la página 3. Cuando sea necesario presentar Evidencia de Asegurabilidad o Evidencia de buena salud para solicitar cobertura, deberá enviarse un formulario separado por cada solicitante (empleado o miembro, cónyuge e hijos). Llene todos los espacios, feche y firme en el espacio del final de la página 2. Guarde una copia para sus registros y envíe el original a Standard Insurance Company a la dirección mostrada arriba.

DATOS DEL MIEMBRO/EMPLEADO

Nombre de Póliza colectiva Claremont University Consortium		N.º de póliza colectiva 753367	Marque quién solicita (uno por formulario) <input type="checkbox"/> Miembro/empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	
Nombre del miembro/empleado		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Fecha de contratación (día/mes/año)	
Profesión	Salario	Número de Seguro Social	N.º de identificación de miembro/ empleado	

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante (persona que será asegurada)		Dirección (número y calle)	Ciudad	Estado	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

Clase de solicitud (marque una) Inicial Aumento de cobertura Solicitud tardía

Marque la cobertura de seguro que está solicitando.

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
--	--	---	---------------------------	---	---------------------------

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 es necesario.

- ¿Usted no puede ahora trabajar por jornada completa debido a una enfermedad física, trastorno mental o lesión? Sí No
- Respecto a cada una de las enfermedades que siguen, ¿alguna vez algún profesional de la medicina le dio tratamiento, se la diagnosticó o le recetó medicinas?
 - ¿Enfermedad del hígado, del páncreas, de los riñones, del estómago, úlceras, padecimiento intestinal, o trastorno del sistema digestivo? Sí No
 - ¿Esclerosis múltiple, epilepsia, derrame cerebral, parálisis, entumecimiento, alteraciones visuales, ceguera, sordera u otro trastorno neurológico o muscular? Sí No
 - ¿Cáncer, tumor, lesiones, leucemia, linfoma maligno, coagulación de la sangre o algún otro tumor o neoplasia maligna? 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, apnea del sueño u otras enfermedades respiratorias o pulmonares? Sí No
 - ¿Lupus eritematoso, esclerodermia, vasculitis, enfermedad del tejido conjuntivo u otro padecimiento del sistema inmunitario no relacionado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)? Sí No
 - ¿Osteoartritis, 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
 - ¿Diabetes, enfermedad de la tiroides, glándulas, bazo o nefritis? Sí No
 - ¿Drogadicción o alcoholismo, o ha tomado alcohol o usado drogas o nicotina de una forma que le haya provocado tener que recibir tratamiento médico? Sí No
 - ¿Padecimiento psiquiátrico o mental, depresión, trastorno de adaptación, trastorno afectivo o trastorno obsesivo compulsivo? Sí No
- En los últimos 10 años, ¿ha padecido alguna enfermedad o lesión no mencionada anteriormente que haya necesitado el uso de medicamentos recetados o consultas con un médico profesional? Sí No
- ¿Algún médico con licencia le ha diagnosticado o recetado medicamentos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Complejo Relacionado con el SIDA (CRS)? Sí No
- ¿Está embarazada? Sí No

Estatura	Peso	Nombre del médico o clínica que tenga todos los datos médicos del solicitante
		Nombre y dirección postal

Nombre del solicitante <i>(para ser llenado si se presenta la solicitud en línea)</i>	Número de Seguro Social
---	-------------------------

Describa abajo cualquier pregunta que haya contestado “sí”. (Por favor indique el número de la pregunta.)

Pregunta Número	Descripción de lesiones, trastornos y operaciones	Mes/Año	Duración	Resultado final	Médicos consultados, Ciudad y estado

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

• 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 en ellas se basa toda la cobertura que yo reciba a través de la Póliza o Pólizas colectivas. Entiendo que toda tergiversación u omisión de información que sea material para la emisión de cobertura podría 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) de cualquier cambio en mi estado de salud. Acepto que, si mi solicitud es autorizada por The Standard, la fecha de vigencia de cualquier cobertura se definirá de acuerdo con las estipulaciones de la Póliza o Pólizas colectivas, incluido cualquier requisito de estar Presente en el trabajo que sea pertinente. Acepto que, si mi solicitud es rechazada, la responsabilidad de The Standard se limita a la devolución de cualquier prima que yo hubiere pagado.

• A cualquier plan de salud, médico, proveedor de servicios médicos, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, institución médica, compañía aseguradora o reaseguradora y a la Oficina de Información Médica, Inc. (Medical Information Bureau o MIB), les instruyo que divulguen a The Standard o sus reaseguradoras mis registros médicos completos y cualquier otra información médica protegida que se refiera a mí. Esto incluye la información sobre cualquier trastorno del sistema inmunitario, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otros síndromes o complejos relacionados, y sobre cualquier trastorno o enfermedad de transmisión sexual. Esto también incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y de toxicomanía, drogodependencia y tabaquismo, pero con exclusión de las notas de psicoterapia.

• Yo, el suscrito, declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización e instruyo a cualquiera de los recién mencionados a entregar y divulgar todos mis registros médicos sin reservas.

• Entiendo que The Standard usará la información obtenida con mi autorización para determinar mi derecho de participación en la cobertura de seguro colectivo. Entiendo que The Standard puede divulgar la información que tenga de mí a sus reaseguradoras y a cualquier persona que le preste a The Standard servicios comerciales o jurídicos relacionados con mi solicitud. Autorizo a The Standard a que divulgue la información que tiene de mí a la MIB con el propósito de presentar sus informes 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 la información que tiene de mí a otras compañías de seguros a las cuales 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, que es parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA), no cubre el seguro de vida ni de incapacidad, y por lo tanto la divulgación de información a The Standard no está protegida por esa ley.

• Entiendo que, si mi solicitud se autoriza, las primas se deberán pagar de conformidad con las cláusulas de la Póliza o Pólizas colectivas, y que mi cobertura estará regulada por todas las estipulaciones y cláusulas de la Póliza o Pólizas colectivas y las limitaciones estatales.

• Para el miembro o empleado: Para miembros y empleados: Si actualmente tengo registrada con el administrador de mi plan una designación de beneficiario para mi Seguro de Vida o Fideicomiso de Seguro de Vida, entiendo que las designaciones que se tienen registradas también cubrirán 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 la Póliza o Pólizas colectivas.

• Declaro que he recibido y leído el Aviso sobre el manejo de la información y que guardo una copia de esta Declaración de antecedentes médicos.

• Entiendo que tengo 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 (fax) de esta autorización será tan válida como el 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, salvo en la medida en que la autorización ya se haya utilizado para pedir la divulgación de ciertos registros. Entiendo que la revocación de esta autorización o el hecho de no firmarla pueden afectar la capacidad de The Standard de evaluar o tramitar mi solicitud y pueden dar lugar a que se rechace mi solicitud de cobertura de seguro.

Firma del solicitante (o miembro/empleado por hijo dependiente)	Fecha
--	--------------

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

Nombre del solicitante <i>(para ser llenado si se presenta la solicitud en línea)</i>	Número de Seguro Social
---	-------------------------

AVISO SOBRE EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN

- Para que podamos determinar si usted tiene derecho de participación en seguro colectivo, es posible que pidamos 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. (Medical Information Bureau). Cuando solicitemos esta información, usaremos la autorización que usted firmó en este formulario.
- MIB: La información relacionada con su asegurabilidad se tratará de manera confidencial. Sin embargo, Standard Insurance Company o sus reaseguradoras podrían hacer un breve informe al respecto para la MIB, organización no lucrativa cuyos miembros son compañías aseguradoras y que se encarga del intercambio de información en favor de sus miembros. Si usted solicita cobertura de seguro médico o de vida (incluidas las incapacidades de corto y largo plazo) a otra empresa miembro de la MIB, o si presenta a una de esas empresas una reclamación de subsidios, la MIB, si se le solicita, proporcionará a dicha empresa la información que guarda en sus archivos.
Cuando reciba la solicitud que usted le haga, la MIB preparará la divulgación de toda la información que tenga en el expediente de usted. Por favor comuníquese con la MIB al 866-692-6901 (TTY 866-346-3642). Si usted considera inexacta la información del expediente de la MIB, puede comunicarse con ellos para pedirles que la corrijan, de conformidad con los procedimientos establecidos por la Ley Federal de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act). La dirección de la oficina de información de la MIB es: Post Office Box 105, Essex Station, Boston, Massachusetts 02112.
Standard Insurance Company puede darles la información que guarda en sus archivos a sus reaseguradoras, y Standard Insurance Company y sus reaseguradoras pueden darles información guardada en sus registros a otras empresas de seguros ante las cuales usted solicite seguro médico o de vida, o ante las cuales se presente una reclamación de subsidios.
- **DIVULGACIÓN A TERCEROS:** La información obtenida sobre usted es confidencial. Nosotros no divulgaremos información sobre usted sin su autorización, salvo en la medida en que sea necesario para realizar nuestros negocios o conforme lo estipule o lo permita la ley.
- **SUS DERECHOS:** Tiene derecho a saber qué información tenemos sobre usted en nuestro expediente de evaluación de riesgos. También tiene derecho a pedirnos que corrijamos cualquier información que usted piense que es incorrecta. Nosotros revisaremos con atención su solicitud y haremos los cambios que se justifiquen. Si desea mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de divulgación de información, por favor escribanos a: Medical Underwriting, Standard Insurance Company, 900 SW Fifth Avenue, Portland, Oregon 97204, o llame al 1-800-843-7979.