

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR COBERTURA Como alternativa a este formulario, puede presentarlo en línea para confirmar en tiempo real el estado de la solicitud: <https://bit.ly/losangeles-amu>

Lea el (los) aviso(s) de las prácticas de información en la página 3. 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, cónyuge y/o hijo). Llene todos los apartados, coloque la fecha y firme en el espacio que se encuentra en la parte inferior de la página 2. 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 City of Los Angeles		Número de grupo 630363	Marque quién está solicitando (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 (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)			Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Sexo	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Lugar de nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono del trabajo ()		
				Teléfono de casa ()		
Correo electrónico						

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

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

Marque la cobertura de seguro que está solicitando.

Seguro por Incapacidad de Corto Plazo/Largo Plazo (marque si usted está solicitando incrementar desde el plan base del 50% a la opción mejorada del 66 2/3).

Seguro Complementario 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 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.

- ¿Actualmente no puede trabajar a tiempo completo debido a una enfermedad física o mental, o a una lesión? Sí No
- Alguna vez un profesional médico le ha tratado, diagnosticado o recetado medicamento por alguno de los siguientes motivos:
 - ¿Enfermedad del hígado, páncreas, riñones, úlceras, estómago, enfermedad intestinal o trastorno del sistema digestivo? Sí No
 - ¿Esclerosis múltiple, epilepsia, derrame cerebral, parálisis, entumecimiento, trastorno visual, ceguera, sordera o cualquier otro trastorno neurológico o muscular? Sí No
 - ¿Cáncer, tumor, lesiones, leucemia, linfoma, coagulación de la sangre u otro tipo de malignidad o neoplasia maligna? Sí No
 - ¿Enfermedad cardiovascular, enfermedad del corazón, arteriosclerosis, pulso anormal, hipertensión, soplo en el corazón, trastornos valvulares, circulatorios o vasculares? Sí No
 - ¿Enfisema, asma, bronquitis, apnea del sueño u otra enfermedad respiratoria o pulmonar? Sí No
 - ¿Lupus, esclerodermia, vasculitis, enfermedad del tejido conectivo u otro trastorno del sistema inmunitario no relacionado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)? Sí No
 - ¿Osteoartritis, artritis reumatoide, osteoporosis, dolor en las articulaciones, amputaciones u otra enfermedad o trastorno de los huesos, articulaciones, espalda o columna vertebral, enfermedades de artritis o de disco? Sí No
 - ¿Diabetes, tiroides, glándula, bazo o nefritis? Sí No
 - ¿Abuso de drogas o alcohol, o ha consumido alcohol, drogas o nicotina de manera que haya tenido que recibir tratamiento médico? Sí No
 - ¿Enfermedad psiquiátrica o mental, depresión, trastorno de adaptación, trastorno afectivo, trastorno de ansiedad o trastorno obsesivo-compulsivo? Sí No
- En los últimos 10 años, ¿ha tenido alguna enfermedad o lesión no mencionada anteriormente que haya provocado el uso de medicamentos recetados o visitas al médico? Sí No
- ¿Alguna vez un profesional médico le ha diagnosticado o recetado medicamentos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Complejo Relacionado al SIDA (ARC, por sus siglas en inglés)? Sí No
- ¿Está usted embarazada? Sí No

Nombre del solicitante <i>(para que lo llene si lo está solicitando en línea)</i>	Número de Seguro Social
---	-------------------------

Altura	Peso	Médico o centro médico con registros médicos completos del solicitante
		Nombre y dirección postal completa

Describa a continuación las respuestas en las que marcó "sí". (Por favor, indique el número completo de la pregunta).

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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN *(Por favor, lea cuidadosamente)*

• Confirmando que las declaraciones incluidas en la presente, incluso aquellas hechas en respuesta a las preguntas sobre la Declaración de historial médico y cualquier documento adjunto, 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 acuerdo 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, centros médicos, compañías de seguros o reaseguros y a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau Inc. (MIB, por sus siglas en inglés)), les instruyo a que divulguen mi historial médico completo y cualquier otra información médica protegida que me concierna, a The Standard o a 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 consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia.

• Con mi firma, declaro 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 la totalidad de mi historial médico sin restricciones.

• Entiendo que The Standard utilizará la información obtenida mediante la autorización 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. Entiendo que The Standard puede divulgar 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, 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/empleador: 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 pondré en contacto con el administrador de mi plan.

• Entiendo que el Seguro de Cónyuge u otros Dependientes, si los hubiera, son pagaderos al miembro/empleador, si está vivo, o según se indique en los términos de la(s) Póliza(s) colectiva(s).

• Declaro que he leído y recibido el Aviso de prácticas de información y que he guardado una copia de esta Declaración de historial médico.

• Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta autorización será válida durante un año 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.

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

Aviso: las 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 (para que lo llene si lo está solicitando en línea)

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 de seguros o a la MIB, Inc. (Medical Information Bureau). Utilizaremos la autorización que ha firmado en este formulario cuando busquemos esta información.

- MIB (MEDICAL INFORMATION BUREAU) – 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, 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, o a las que se pueda presentar una reclamación de subsidios.

- 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.