

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 651-665-7062

NOMBRE DEL EMPLEADOR: Northern Arizona Public Employees Benefit Trust

NÚMERO DE PÓLIZA: 33585

Please check one of the following employers:

- City of Flagstaff Coconino Community College Coconino County CCRASD
 Flagstaff Housing Authority Flagstaff United School District NAIPTA

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	Número del Seguro Social	Salario anual	Fecha de empleo
--	--------------------------	---------------	-----------------

Monto total del seguro de vida voluntario solicitado (incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$1,000,000, sin exceder 7 veces el salario)
\$

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 del seguro de vida del cónyuge solicitado (incrementos de \$5,000 hasta \$250,000 sin superar el 100% de la cobertura básica y voluntaria del empleado combinada)

\$

INFORMACIÓN DE LOS HIJOS (completar únicamente si la cobertura exige prueba de asegurabilidad)

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento	Monto total solicitado para la cobertura del seguro
				\$

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	Hijos		
		Sí	No	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	1. En los últimos 7 años, le han diagnosticado o ha recibido tratamiento por alguno de los siguientes: • 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	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; resfrió; extirpación del apéndice o vesícula biliar; tiroides poco activa; cálculos renales; embarazo sin complicaciones o infección menor)?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	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 ⇒⇒⇒⇒

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. La información relacionada con el VIH no podrá divulgarse pasados los 180 días desde la fecha de firma de esta Autorización. La divulgación de resultados de análisis de VIH en relación con mi solicitud de seguro está regulada por A.R.S. 20-448.01. Una copia de esta Autorización es igual de válida que la original. Entiendo que yo, o mi representante autorizado, tenemos 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 de impugnar la póliza. En caso de una Autorización firmada con el fin de recopilar información en relación con una reclamación de beneficios en virtud de la póliza, tal Autorización no deberá tener una duración mayor al plazo de cobertura de la póliza si la reclamación se relacionara con un beneficio del seguro de salud, ni superar el plazo de la reclamación, si esta no se relacionara con un beneficio del seguro de salud. 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
Firma de los hijos (18 años de edad o mayores) X	Fecha de la firma	Nombre de los hijos (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento

EXCLUSIVO PARA USO INTERNO:

- 000001 Coconino County
 000002 CCRASD
 000003 NAIPTA
 000004 Coconino Community College
 000005 Flagstaff United School District
 000006 City of Flagstaff
 000007 Flagstaff Housing Authority

Employee Voluntary Life Insurance			Spouse Life Insurance			Child Life Insurance		
Current in force (includes GI)	U/W applied for	Total elected	Current in force (includes GI)	U/W applied for	Total elected	Current in force (includes GI)	U/W applied for	Total elected
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$