

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SIN PRUEBA DE ASEGURABILIDAD

Todas las secciones deberán estar completas para asegurar un correcto procesamiento. **ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA, EN AZUL O NEGRO.**

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

1. Especifique la razón por la cual desea completar el formulario. Las opciones son: cumple inicialmente los requisitos/ empleado nuevo, solicitante tardío, inscripción anual aprobada, o modificación. Si selecciona "modificación", deberá especificar la razón para el mismo.
2. Ingrese su primer nombre, la inicial del segundo, y su apellido.
3. Ingrese su fecha de nacimiento.
4. Ingrese su edad.
5. Ingrese su nacionalidad.
6. Especifique su género: femenino o masculino.
7. Ingrese su dirección particular.
8. Ingrese el número de teléfono donde se encuentra durante el día.
9. Ingrese su número de seguro social.
10. Ingrese la fecha de contratación.
11. Ingrese el nombre de su cargo o puesto de trabajo.
12. Ingrese la cantidad de horas que trabaja semanalmente.
13. Especifique si está cumpliendo con todas las responsabilidades asignadas a su cargo. Si elige la opción "no", explique las razones por las cuales no las cumple.

ELECCIÓN DE COBERTURA

1. Seleccione los planes de cobertura y niveles de beneficios que cubrirían sus necesidades. Tome como referencia las hojas de puntos destacados del plan y la tabla de prima de seguros. Los planes pueden tener limitaciones, exclusiones, reducciones en cláusulas beneficiarias y en las condiciones según las cuales la cobertura puede continuar en vigencia o interrumpirse.
Lea atentamente su certificado de seguro.
2. Para todos los planes mencionados a continuación deberá especificar lo siguiente:
 - a. Elija la opción "SÍ" si desea autorizar a su empleador a deducir primas de su nómina, y la opción "NO" si no lo desea*.
 - b. Especifique si se agrega otra cobertura o si se realiza una modificación.
 - c. Ingrese la suma total de cobertura solicitada.
 - d. Si especificó una modificación en el punto *b*, indique la suma por la cual desea modificar su cobertura actual.
 - e. Lea la tabla de primas para informarse sobre las mismas.
 - f. Planes disponibles:
 - i. Plan voluntario de discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés): empleado*
 1. los puntos *c* y *d* son sumas semanales
 - ii. Plan voluntario de discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés): empleado*
 1. los puntos *c* y *d* son sumas mensuales
 - iii. Plan voluntario de muerte y desmembramiento accidental: empleado
 - iv. Plan voluntario de muerte y desmembramiento accidental: cónyuge
 - v. Plan voluntario de muerte y desmembramiento accidental: hijo a cargo
 - vi. Plan voluntario de vida de término fijo: empleado*
 - vii. Plan voluntario de vida de término fijo: cónyuge*
 - viii. Plan voluntario de vida de término fijo: hijo a cargo*
 1. en el punto *c* puede seleccionar una suma de cobertura entre los siguientes montos: \$2.500, \$5.000, \$7.500, \$10.000, \$15.000 y \$20.000
 2. en el punto *d* puede cambiar la suma de cobertura a los siguientes montos: \$2.500, \$5.000, \$7.500, \$10.000, \$15.000 y \$20.000

*Si elige la opción “NO”, tenga en cuenta que si desea asegurarse más adelante a sí mismo o a su cónyuge (si corresponde): (1) se le puede solicitar, a su cargo, evidencia de la asegurabilidad de las personas; y (2) Reliance Standard tendrá derecho a rechazar su solicitud.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

1. Ingrese el nombre del beneficiario *principal**
 2. Especifique su relación con el beneficiario principal
 3. Ingrese la fecha de nacimiento del beneficiario principal
 4. Ingrese el número de seguro social del beneficiario principal
 5. Ingrese el nombre del beneficiario *contingente*
 6. Especifique su relación con el beneficiario contingente
 7. Ingrese la fecha de nacimiento del beneficiario contingente
 8. Ingrese el número de seguro social del beneficiario contingente
- ***IMPORTANTE:** cuando designa a una beneficiaria de sexo femenino, indique el nombre como Jane J. Doe, y no como Sra. de John H. Doe. Un beneficiario contingente recibirá beneficios sólo si el beneficiario principal no sobrevive. Usted es automáticamente el beneficiario del asegurado a cargo, salvo que especifique lo contrario. Para designar más de un beneficiario principal o contingente, adjunte un formulario de designación de beneficiario de Reliance Standard con los datos completos (solicítelo a su administrador de beneficios). Su decisión debe quedar claramente manifestada.

INFORMACIÓN ADICIONAL

1. Si seleccionó el **seguro STD y/o LTD**, complete la siguiente información:
 - a. Ingrese su salario anual.
 - b. Especifique cómo recibe su sueldo. Puede optar por: semanal, quincenal, mensual u otro. Si elige *otro*, especifique el método mediante el cual recibe el pago.
2. Si seleccionó el **seguro de vida de término fijo**, complete la siguiente información:
 - a. Ingrese **SÓLO** la información del **cónyuge** si seleccionó el seguro de vida de término fijo para su cónyuge:
 - i. Ingrese primer nombre, inicial del segundo y apellido
 - ii. Especifique el sexo de su cónyuge, femenino o masculino
 - iii. Ingrese el número de seguro social
 - iv. Ingrese la edad
 - v. Ingrese la fecha de nacimiento
 - vi. Ingrese el estado donde nació

LEA, FIRME Y COLOQUE LA FECHA A CONTINUACIÓN

1. **Entiendo y acepto que:** La información declarada en la presente solicitud de inscripción es auténtica y precisa, según mi leal entender y saber. • El seguro solicitado en la presente solicitud de inscripción se hará efectivo considerando la fecha de entrada en vigencia individual que figura en el certificado del seguro; cualquier suma sujeta a la prueba de asegurabilidad no será efectiva hasta que no sea confirmada por Reliance Standard. La cobertura está sujeta a un requisito de participación mínima a nivel del empleador y si el mínimo no se cumple, la cobertura no podrá ser concedida aun cuando se completara una solicitud de inscripción. La fecha de entrada en vigencia está sujeta a las condiciones de elegibilidad, a la finalización del período de espera del servicio (si corresponde) y al pago de la primera prima, cuando sea debido. La fecha de entrada en vigencia podrá ser postergada para el empleado que no esté trabajando en forma activa y para los familiares a cargo inscriptos internados en el hospital o en domicilio. • Los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de la póliza. • En el caso de planes con tasas según grupo de edad, las primas aumentan a medida que el empleado (o su cónyuge, si corresponde) pasa de un rango de edad a otro. • Que la deducción de la nómina de la prima comience antes del procesamiento de la presente solicitud de inscripción por parte de Reliance Standard no significa que la cobertura esté vigente: las primas pagadas por coberturas no emitidas serán devueltas.
2. **Tenga en cuenta:** en el transcurso de aprobación de una inscripción, las sumas emitidas garantizadas del seguro de vida no requerirán de prueba de asegurabilidad siempre que este formulario esté completo, firmado y recibido por el empleador durante el período de inscripción y

a) que usted mismo no sea un solicitante tardío con respecto al seguro de vida (y/o su cónyuge, si corresponde); o b) que, en relación al seguro de vida de Reliance Standard o una filial, durante su servicio actual con su empleador o una filial, usted (y/o su cónyuge, si corresponde) no haya retirado una solicitud, no haya recibido un rechazo de solicitud anteriormente, no le hayan postergado la cobertura, no haya interrumpido el servicio voluntariamente; o c) que el período de inscripción no requiera de normas específicas de garantía de emisión/ pruebas de asegurabilidad.

3. Firme y complete la fecha.

NOTIFICACIÓN RESPECTO DE LAS PRÁCTICAS INFORMATIVAS

Al evaluar la presente solicitud, la empresa de seguro de vida Reliance Standard (en adelante, "nosotros") recopila cierta información sobre todos los asegurados sugeridos (en adelante, "usted"). La información precisa varía de acuerdo a la suma y al tipo de cobertura solicitado. Generalmente, buscamos información acerca de su: (1) edad; (2) ocupación; (3) estado físico; (4) historia clínica; (5) pasatiempos; y (6) otras actividades relevantes.

Usted es la fuente de información más importante, pero también podemos verificar la información suya o de su familia con, o solicitarla a: (1) médicos; (2) otros profesionales de la salud; (3) empleadores; (4) otras compañías aseguradoras a las cuales ha solicitado cobertura; (5) organizaciones de investigación del consumidor; y (6) la Oficina de Información Médica (MIB, por sus siglas en inglés).

La MIB es una organización sin fines de lucro de empresas de seguro de vida que administra el intercambio de información para sus miembros. Esta información podría advertirnos sobre la necesidad de investigar en profundidad, pero según las normas de la MIB dicha información no podrá ser utilizada: (1) ni en su totalidad ni parcialmente, para aumentar la prima del seguro; ni (2) para denegar la emisión del seguro.

Podemos obtener información por: (1) teléfono; (2) correo; o (3) contactos personales.

La información será tratada como confidencial. La empresa de seguros de vida Reliance Standard o sus reaseguradoras pueden, sin embargo, con su autorización brindar un breve informe a la MIB. Si usted presenta su solicitud de cobertura de salud o de vida a otras empresas de la MIB, o si se presenta una reclamación de beneficios a dicha empresa, la MIB, a pedido, le suministrará a dicha empresa los datos que tenga en sus archivos. La información suministrada a otras empresas miembros podría advertirle de la necesidad de mayor investigación.

En algunas circunstancias, no obstante, la información podrá ser divulgada a terceros sin su autorización (con la excepción de la MIB). Esto incluye a personas u organizaciones que: 1) estén desempeñando funciones comerciales para nosotros; 2) realizando estudios actuariales o científicos o de auditoría; o (3) nuestras compañías reaseguradoras. Tanto nosotros como nuestras compañías reaseguradoras podríamos divulgar información a otras compañías de seguro de vida a las que usted presenta su solicitud de seguro de vida o salud, o a quienes se les presenta una reclamación de beneficios. Tenga en cuenta que aunque dicha divulgación de información puede tener lugar, no ocurre siempre ni con frecuencia. Cuando se necesite divulgar información, se hará pública la cantidad de información que lógicamente sea necesaria a fin de lograr el propósito deseado.

Usted posee el derecho de adquirir y, si es necesario, de corregir la información personal que nosotros o la MIB obtengamos. Ante un pedido por escrito a nosotros, y dentro de los 30 días de su recepción; (1) le informaremos de la naturaleza y sustancia de la información registrada; (2) le permitiremos ver personalmente y copiar la información que poseemos; (3) revelaremos las identidades de las personas a quienes se les ha revelado dicha información en los últimos dos años; (4) le proporcionaremos los procedimientos para corregir, enmendar o eliminar la información registrada. La información médica será revelada a un médico de su elección. Puede escribirnos para obtener una explicación más detallada de nuestras prácticas de información.

También podrá contactarse con la MIB por teléfono para acordar la divulgación de cualquier información que pueda tener sobre usted. El número de teléfono gratuito de la MIB es: 866-692-6901 (TTY 866-346-3642 para discapacitados auditivos). Si cuestiona la veracidad de la información en los archivos de la MIB, puede contactar a la MIB por escrito y solicitar la corrección de acuerdo con los procedimientos

establecidos por la Ley de Equidad de Informes Crediticios. La dirección de la oficina de información de la MIB es Post Office Box 105, Essex Station, Boston, Massachussets 02112.

ARCHIVE LA PRESENTE NOTIFICACIÓN.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CON PRUEBA DE ASEGURABILIDAD

*Deberán completarse todas las secciones para asegurar un correcto procesamiento. **ESCRIBA EN IMPRENTA, EN TINTA AZUL O NEGRA. Deberá firmar y completar la fecha en el presente formulario. Además, si completa el presente formulario en relación a un seguro seleccionado para su cónyuge, éste también (si corresponde) deberá firmar y completar la fecha.***

Si ha optado por el **seguro de vida de término fijo**, deberá completar el **presente** formulario de prueba siempre que:

- haya escogido una suma de dinero para usted y/o su cónyuge (si corresponde) que supera el límite de garantía de emisión;
- usted y/o su cónyuge (si corresponde) es un solicitante tardío;
- con respecto al seguro de vida de Reliance Standard o una filial, durante su servicio actual con su empleador o una filial, usted y/o su cónyuge (si corresponde): han retirado una solicitud, les ha sido denegada anteriormente una cobertura, han postergado la cobertura o la han interrumpido en forma voluntaria;
- se esté inscribiendo durante la inscripción anual aprobada después de su período de inscripción inicial o de elegibilidad inicial y existan normas específicas de emisión garantizada/ pruebas de asegurabilidad.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

1. Ingrese su primer nombre, la inicial del segundo y su apellido
2. Ingrese la fecha de nacimiento
3. Ingrese su número de seguro social
4. Ingrese la fecha de contratación

PREGUNTAS SOBRE SALUD

1. Ingrese su altura y peso actuales
2. Ingrese la altura y el peso actuales del cónyuge (si corresponde)
3. Ingrese los datos (nombre completo, dirección y teléfono) de su médico de cabecera y el de su cónyuge (si corresponde)
4. Elija la opción "sí" o "no" si a usted o a su cónyuge (si corresponde) les han manifestado que en los últimos cinco (5) años han sido tratados por lo siguiente:
 - a. Una consulta médica o recibió asistencia médica, tratamiento o recomendaciones
 - b. Según su leal saber y entender, tuvo o tiene algún daño físico o enfermedad
 - c. Alguna consulta, atención médica, tratamiento o asesoramiento de un médico sobre SIDA, complejo relacionado con el SIDA o trastorno del sistema inmunológico
 - d. Tuvo o tiene enfermedades del sistema nervioso, genitourinario o digestivo, cardíacas o pulmonares, hipertensión, diabetes, cáncer o tumor de algún tipo
5. Si respondió afirmativamente a algunas de las preguntas mencionadas, proporcione los detalles en los espacios suministrados. Especifique a qué pregunta respondió que sí, a qué persona corresponde, la enfermedad o la naturaleza de la lesión, la fecha y el nombre completo del médico (y su dirección, si es diferente de la principal). Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel separada, firmada y fechada, marque los espacios suministrados y adjúntela a esta página.

LEA, FIRME Y COLOQUE LA FECHA A CONTINUACIÓN

1. **Entiendo y acepto que:** - La información provista en la presente solicitud de inscripción es auténtica y precisa, según mi leal entender y saber • El seguro solicitado en esta solicitud de inscripción se hará efectivo de acuerdo a la fecha de entrada en vigencia individual que figura en el certificado del seguro; cualquier suma sujeta a la prueba de asegurabilidad no se hará efectiva hasta que no sea aprobada por Reliance Standard. La cobertura está sujeta a un requisito de participación mínima a nivel del empleador y si el mínimo no se cumple, la cobertura no podrá ser concedida aun cuando se haya completado una solicitud de inscripción. La fecha de entrada en vigencia está sujeta a las condiciones de elegibilidad, a la satisfacción del período de espera (si

- corresponde) y al pago de la primera prima cuando sea debido. La fecha de entrada en vigencia podrá ser postergada para el empleado que no esté trabajando en forma activa y para los familiares en relación de dependencia inscriptos que estén internados en hospitales o en su domicilio. • Los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de la póliza. • Para planes con tasas por rango de edad, las primas aumentarán a medida que el empleado (o su cónyuge, si corresponde) pase de un rango de edad a otro. • Que la deducción de la nómina de la prima comience antes del procesamiento de la presente solicitud de inscripción por parte de Reliance Standard no significa que la cobertura esté en vigencia: las primas pagadas por una cobertura que no sea concedida serán devueltas.
- 2- Acuso recibo de la “Notificación respecto de las prácticas informativas”.
 - 3- **AUTORIZACIÓN:** Por la presente autorizo a los médicos matriculados, de cabecera, hospitales, clínicas u otros centros médicos o instalaciones relacionadas a la medicina, compañías de seguros, organizaciones, instituciones, personas o a la Oficina de Información Médica (MIB, por sus siglas en inglés) a dar a conocer información o registros sobre mi (nuestra) salud para la determinación de la aceptabilidad de mi (nuestra) solicitud de seguro. Autorizo a hacer público cualquier dato o registro a la empresa de seguros de vida Reliance Standard o a sus compañías reaseguradoras. También autorizo a la empresa de seguros de vida Reliance Standard o a sus compañías reaseguradoras a realizar un informe breve a la MIB. Esta autorización, o su copia fotográfica, será vinculante como el original y válida por un período no mayor a doce (12) meses a partir de esta fecha. Entiendo que puedo/ podemos elegir ser entrevistados si se debe preparar un informe de investigación del consumidor en conexión a mi (nuestra) solicitud y que tengo/ tenemos derecho a una copia del mismo. Además entiendo que tengo/ tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización si lo solicito/amos.
 - 4- **Tenga en cuenta:** En el transcurso de la aprobación de una inscripción, las sumas de emisión garantizadas del seguro de vida no requerirán prueba de asegurabilidad siempre que este formulario esté completo y firmado, y sea recibido por el empleador durante el período de inscripción y a) usted no sea un solicitante tardío con respecto al seguro de vida para usted (y/o su cónyuge, si corresponde); o b) que durante su servicio actual con su empleador o una filial usted (y/o su cónyuge, si corresponde), con respecto al seguro de vida de Reliance Standard o una filial, no hayan retirado una solicitud, no les haya sido denegada una cobertura anteriormente, no hayan tenido que postergar la cobertura o no hayan interrumpido voluntariamente la solicitud; o c) que el período de solicitud no tenga normas específicas de emisión garantizada/ pruebas de asegurabilidad.
 - 5- **Los empleados deberán firmar y colocar la fecha.**
 - 6- **Si completa este formulario con respecto a un seguro que selecciona para su cónyuge, éste también (si corresponde) deberá firmar/colocar la fecha al mismo.**
 - 7- **Adjunte el presente formulario a la solicitud de inscripción y presente ambos al mismo tiempo.**