

# Prueba de capacidad de aseguramiento para seguro de vida colectivo

Securian Life Insurance Company

400 Robert Street North • B1-3102 • St. Paul, Minnesota 55101-2098 • Fax 651-665-7092



**SECURIAN®**

NOMBRE DEL EMPLEADOR: ☐ BMC (ER 000002)

NÚMERO DE PÓLIZA: 70106

☐ Stock Building Supply Holdings, LLC (ER 000001)

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (siempre complete para la cobertura que requiere prueba de capacidad de aseguramiento)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de teléfono diurno	Número de teléfono nocturno
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Identificación del empleado		Fecha de empleo	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Monto total del seguro solicitado \$		Dirección de correo electrónico		

## INFORMACIÓN DE CÓNYUGE (solo complete si la cobertura requiere prueba de capacidad de aseguramiento)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Número de teléfono diurno	Número de teléfono nocturno
Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Monto total del seguro solicitado \$		Dirección de correo electrónico		

## PREGUNTAS SOBRE SALUD (siempre complete para la cobertura que requiere prueba de capacidad de aseguramiento)

Empleado		Cónyuge		Empleado	Cónyuge
Sí	No	Sí	No	Altura	Peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

(1) ¿Por alguna razón ha consultado con un médico u otro profesional de la salud o ha sido hospitalizado durante los últimos tres años?

(2) ¿Alguna vez ha sufrido o ha recibido tratamiento a causa de alguna de las siguientes enfermedades: afección cardíaca, pulmonar, renal, hepática, del sistema nervioso o trastornos mentales, hipertensión, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer o tumor, drogadicción o alcoholismo?

(3) En los últimos 10 años, ¿ha sufrido o ha recibido tratamiento para el SIDA o se ha realizado algún análisis de sangre en el que se haya detectado la presencia de los anticuerpos del virus del SIDA (un resultado de VIH positivo)?

Si respondió "Sí" en alguna de las preguntas anteriores, proporcione información adicional a continuación o en una hoja aparte.

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SALUD (proporcione más información en cada una de las preguntas sobre salud que respondió "Sí")

NOMBRE	FECHA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO, CLÍNICA, HOSPITAL	RAZÓN DE LA CONSULTA	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

## PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVAMENTE:

Empleado			Cónyuge		
Actual vigente	Monto de seguro solicitado	Total seleccionado	Actual vigente	Monto de seguro solicitado	Total seleccionado
\$	\$	\$	\$	\$	\$



**LEA Y FIRME LA PÁGINA SIGUIENTE Y ENVÍE TODAS LAS PÁGINAS A SECURIAN LIFE**



**AUTORIZACIÓN**

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico, gerente de beneficios de farmacia u otro proveedor de atención médica que hayan pagado o proporcionado servicios o tratamientos a mí o en mi nombre a divulgar toda mi historia clínica y cualquier otra información protegida sobre la salud que hagan referencia a mi persona a Securian Life Insurance Company (la Compañía) y sus empleados, reaseguradoras y representantes. Esto incluye información sobre el diagnóstico o tratamiento de la infección provocada 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 el consumo de alcohol, drogas y tabaco.

También autorizo a cualquier persona, médico, institución, compañía de seguros o a MIB, Inc., a proporcionar cualquier información médica o no médica sobre mí, incluso información sobre alcoholismo o drogadicción, a la Compañía y a sus reaseguradoras. Autorizo a dichas fuentes, excepto a MIB, Inc., a proporcionar esa información a cualquier agencia contratada por la Compañía para recopilar y transmitir esa información. Autorizo a la Compañía o a sus reaseguradoras a realizar un breve informe que contenga información de salud personal para MIB, Inc.

Esta información protegida sobre la salud será divulgada según la presente Autorización para que la Compañía pueda: 1) aprobar mi solicitud de cobertura, determinar mi elegibilidad, calificación de riesgo, emisión de póliza e inscripción; 2) obtener reaseguramiento; 3) administrar reclamaciones y determinar la responsabilidad o cumplir con dicha responsabilidad o cumplir con dicha responsabilidad para la cobertura y provisión de beneficios; 4) administrar la cobertura; y 5) llevar a cabo otras actividades permitidas legalmente que se relacionen con cualquier cobertura que poseo o a la que me haya inscrito con la Compañía.

La presente Autorización permanecerá vigente durante 24 meses a partir de la fecha en que firmo a continuación. Una copia de la presente Autorización tiene la misma validez que la Autorización original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de la presente Autorización. Entiendo que tengo derecho a anular la presente Autorización en cualquier momento a través del envío de una solicitud de anulación escrita a la Compañía. Entiendo que la anulación no se aplica a ninguna acción que se haya realizado en virtud de la presente Autorización o al derecho jurídico de la Compañía a impugnar una reclamación según una póliza de seguro o la póliza en sí. Entiendo que existe la posibilidad de volver a divulgar alguna información divulgada conforme a la presente autorización y es posible que esa información, una vez divulgada, no esté más protegida por las normas federales que regulan la privacidad y la confidencialidad. Entiendo que si me niego a firmar la presente Autorización para divulgar mi historia clínica completa, la Compañía no podrá procesar mi solicitud ni realizar pagos de beneficios si la cobertura ya fue emitida.

**NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DEL CONSUMIDOR**

Para aprobar su solicitud de seguro, la Compañía podría pedirle información personal adicional, como un examen médico; pruebas de laboratorio; expedientes médicos de su compañía de seguros, médico u hospital; un informe de MIB, Inc., una organización sin fines de lucro de compañías de seguro de vida que intercambian información entre sus miembros. La información sobre su capacidad de aseguramiento es confidencial. Sin su expresa autorización, la Compañía o sus reaseguradoras podrían proporcionar su información a las agencias gubernamentales que regulan los seguros o, sin identificarlo, a organizaciones aseguradoras para que realicen estudios estadísticos. Si solicita un seguro de vida o de salud a una compañía miembro del MIB, Inc. o realiza una reclamación de beneficios a una compañía miembro, MIB, Inc. proporcionará a petición la información en el expediente a la compañía miembro. Usted o su representante autorizado tienen derecho a: recibir por correo postal o hacer copias de la información personal que se encuentra en los expedientes de la Compañía o de MIB, Inc., lo que incluye la fuente y las personas que recibieron copias en los últimos dos años; corregir o enmendar la información personal que se encuentra en dichos expedientes; conocer las razones específicas por las cuales se rechazó la cobertura solicitada; y anular la autorización en cualquier momento. Por petición escrita, la Compañía le explicará por escrito dentro de los 30 días la forma en que puede conocer qué información se encuentra en su expediente, su fuente, cómo corregirla o enmendarla y por qué se rechazó la cobertura solicitada. Puede enviar un comunicado por escrito a la Compañía con las razones por las cuales no está de acuerdo. Si corregimos o enmendamos la información, le comunicaremos a usted y a cualquier otra persona que haya recibido dicha información. Si no aceptamos su comunicado, le informaremos la decisión e incluiremos el comunicado en su expediente.

**Para obtener más información sobre su expediente o sus derechos, puede comunicarse con:**

Group Division Underwriting  
Securian Life Insurance Company  
400 Robert Street North  
St. Paul, Minnesota 55101-2098  
Teléfono: (800) 872-2214

**Para obtener información acerca de MIB, Inc., puede comunicarse con:**

MIB, Inc.  
50 Braintree Hill, Suite 400  
Braintree, MA 02184-8734  
Teléfono: (866) 692-6901  
Sitio web: [www.mib.com](http://www.mib.com)

He leído la presente Autorización y la Notificación de privacidad del consumidor y entiendo que puedo poseer copias. Las respuestas que se proporcionan en esta solicitud son representaciones de la persona que firma a continuación. Las respuestas proporcionadas son verdaderas y completas. Entiendo que Securian Life Insurance Company no será responsable por la presente solicitud, a menos que y hasta que la Compañía la haya aprobado y se haya realizado el pago de la primera prima, siempre y cuando mi estado de salud y otras afecciones que afecten mi capacidad de aseguramiento sean tal como se describen en la presente solicitud. Autorizo a mi empleador a retirar primas de mi salario para pagar la presente cobertura. Entiendo que las respuestas falsas o incorrectas podrían producir la anulación de la cobertura. Si se anula la cobertura, se rechazará todo reclamo de alguna otra manera válida.

Firma del empleado <b>X</b>	Nombre del empleado (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento	Fecha de firma
Firma del cónyuge <b>X</b>	Nombre cónyuge (en letra imprenta)	Fecha de nacimiento	Fecha de firma

**Antes de enviar, asegúrese de incluir toda la información requerida, como se indica, para cada persona que requiera seguro.**

**Tenga en cuenta:** Si falta o está incompleta alguna información requerida, el proceso de aseguramiento puede demorarse.

- ☐ Incluya una firma de autorización y la fecha en el formulario de Prueba de capacidad de aseguramiento para cada persona que requiera seguro.
- ☐ Envíe todas las páginas (frente y reverso si no está en blanco)
  - Por fax, utilizando esta portada, al número que figura a continuación
  - O bien por correo a la dirección que figura a continuación

## FACSÍMIL

---

**A:           Group Life Medical Underwriting**

Fax: 651-665-7092

Teléfono: 1-800-872-2214

De: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ N.º de páginas incluidas: \_\_\_\_

**Asunto:     Formulario de Prueba de capacidad de aseguramiento**

---

Mensaje:

---

**Correo:       Minnesota Life • Securian Life  
Group Division Underwriting  
PO Box 64136  
St. Paul, MN 55164-0136**