



Solicitud para Empleado

ISSUE

Marque una – Para uso del Empleador

- Empleado inicial Empleado nuevo Cambio

INFORMACIÓN REFERENTE AL EMPLEADO—Si las siguientes preguntas no fuesen contestadas correctamente, la vigencia o cantidad de la cobertura podría ser afectada. Favor de corregir cualquier error en la información indicada en este formulario.

Nombre del empleado (<i>apellido, primer nombre, inicial</i>)	Empleador ABC Company, Inc.	Lugar de empleo
---	---------------------------------------	-----------------

Núm. de póliza colectiva/participante	Núm. de cuenta o nombre del grupo facturado	Núm. de certif.	Núm. Seg. Soc. del empleado	Fecha de nac. del empleado
---------------------------------------	---	-----------------	-----------------------------	----------------------------

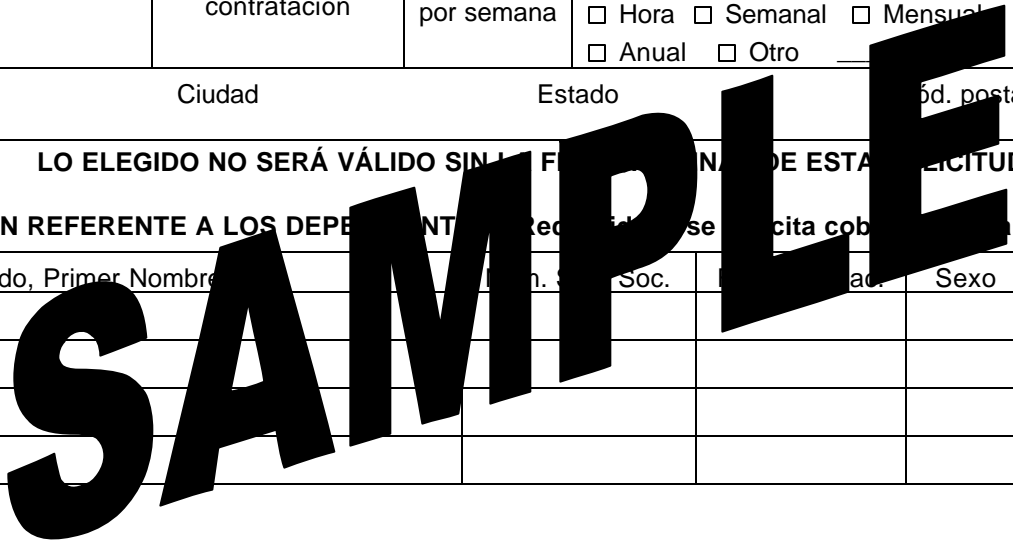
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cargo o puesto	Fecha de contratación	Núm. horas por semana	Ingreso _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro _____	Casado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hijos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	----------------	-----------------------	-----------------------	--	--	---

Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

LO ELEGIDO NO SERÁ VÁLIDO SIN LA FIRMA DEL EMPLEADO DE ESTA SOLICITUD.

INFORMACIÓN REFERENTE A LOS DEPENDIENTES (Se requiere información para cada dependiente)

Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Núm. Soc.	Edad	Sexo	Relación



Seguro voluntario, por concepto de Vida, Incapacidad a Largo Plazo – Usted paga el 100% de la prima por los siguientes beneficios si optara por registrarse.

Acepto Rechazo Cobertura

- Empleado Vida – Cantidad _____
• ¿Desea comprar el correspondiente Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental? Sí No
- Cónyuge Vida – Cantidad _____
- Hijo Vida – Cantidad _____
- Incapacidad a Largo Plazo – Cantidad _____

BENEFICIARIOS

Apellido Inicial	Primer Nombre	Relación*	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
			<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario

Nombre del empleado (<i>apellido, primer nombre, inicial</i>)		Empleador
Núm. de póliza colectiva/participante	Núm. de cuenta	Núm. de certif.

* Si el beneficiario no fuese pariente suyo, favor de proporcionar su fecha de nacimiento, num. seg. soc. y domicilio completo. 1) Proporcione el nombre COMPLETO y relación de cada beneficiario. 2) Los beneficiarios elegidos calificarán para los beneficios de la cobertura de seguro de vida y seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D por sus siglas en inglés) del empleado. 3) Si el beneficiario no fuese designado como primario o secundario, se considerará que el mismo es un beneficiario primario. 4) Los réditos serán distribuidos en partes iguales entre los beneficiarios primarios que se encuentren en vida al morir usted. Si ningún beneficiario primario se encontrase en vida al morir usted, los réditos por muerte serán distribuidos en partes iguales entre los beneficiarios secundarios que se encuentren en vida. 5) Si lo precitado no concordara con la designación deseada por usted, comuníquese con Union Security Insurance Company para obtener los formularios de designación apropiados.

MEDIANTE MI FIRMA EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD HAGO CONSTAR QUE

(1) Solicito las coberturas designadas para las cuales califico bajo el plan de Union Security Insurance Company ofrecido por mi empleador. (2) Reconozco y acepto que si rechazara cierta cobertura, no podré derivar beneficios conferidos bajo la misma y si en el futuro deseara solicitarla, tendré que proporcionar pruebas de un estado de salud satisfactoria a Union Security Insurance Company y que tendré que pagar el costo relacionado con dicha prueba. (3) Autorizo que las deducciones requeridas se descuenten de mis salarios. (4) Hago constar toda información manifestada en este formulario de solicitud es verdadera, exacta y basada en mi conocimiento y entender. (5) Reconozco y acepto que tendré que contraer un seguro de vida por el monto especificado en el convenio de la póliza de participación permanente de grupo. Reconozco y acepto que el seguro de indemnización por incapacidad a corto o el seguro de indemnización por incapacidad a largo plazo conlleva limitaciones, exclusiones y una disposición referente a condiciones de trabajo que podrían afectar mis derechos a los beneficios inherentes. Si fue el primario, autorizo a la Ley de Responsabilidad y Contabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) a permitir que Union Security Insurance Company utilice mi información de carácter médico protegida bajo dicha ley.



Cualquier persona que remita una solicitud para seguro o una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento contra la industria de seguros, si dichos documentos fueron remitidos deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos son delitos que exponen a dicha persona a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

Este escrito es una traducción de un documento originalmente expedido en inglés. La versión en inglés de este documento constituye la versión oficial. La versión en español es únicamente proporcionada para su información. Todo derecho, responsabilidad y/u obligación legal se regirán por las disposiciones detalladas en la versión original en inglés de este documento, una copia de la cual será proporcionada si fuese solicitada. Aunque este [documento, folleto etc.] fue traducido al español, la / el [póliza / plan de seguro] comprado está disponible únicamente en inglés. Asimismo, todo otro documento podría ser emitido únicamente en inglés.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Nombre del empleado (*apellido, primer nombre, inicial*) Empleador

Núm. de póliza colectiva/participante Núm. de cuenta Núm. de certif.

Pregunta Núm.	Primer nombre	Descripción de la enfermedad, lesión, embarazo, medicamento y tratamiento	Duración (fechas) y núm. de episodios	Efectos secundarios	Nombre y domicilio del médico interviniente u hospital (con el código postal)

ADVERTENCIA IMPORTANTE A LOS SOLICITANTES – FAVOR DE LEER ESTA SECCIÓN DETENIDAMENTE

Para poder tramitar su solicitud apropiadamente y emitir las pólizas de seguro en forma equitativa, nosotros debemos recopilar información referente a los asegurados propuestos. La índole de la información que necesitamos abarca: edad, ocupación, condición física, antecedentes médicos, hábitos, pasatiempos, así como otras características e información de carácter personal. Dicha información será obtenida directamente de usted, de diversas fuentes, incluso de profesionales de salud e instalaciones médicas. La información sobre los factores que afectan la asegurabilidad será considerada confidencial.

Bajo ciertas circunstancias, la información recabada por nosotros puede ser divulgada a terceros con su autorización específica. No obstante, le aseguramos que la información que nosotros divulguemos será estrictamente aquella que fuese razonablemente solicitada.

Usted tendrá derecho a tener la información contenida en nuestros expedientes y a solicitar que la misma sea corregida. No obstante, nosotros no cargaremos información referente a una reclamación o juicio civil o criminal. Si deseara una explicación más detallada de sus derechos y nuestros procedimientos de manejo de información, incluso una descripción de los procedimientos de acceso y corrección de información, así como las circunstancias bajo las cuales la divulgación no apropiada de información personal podrá hacerse, favor de comunicarse con el Senior Vice-President, Underwriting Administration, 2323 Grand Boulevard, Kansas City, Missouri 64108.



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Para los propósitos de la evaluación de riesgos y tramitación de reclamaciones, otorgo mi consentimiento para: que cualquier médico o profesional médico, hospital, clínica, farmacia, compañía de seguros, agencia de investigación crediticia, Negociado de Información Médica (MIB, por sus siglas en inglés), empleador o cualquier otra organización divulgue TODA INFORMACIÓN referente a mi persona o mis dependientes propuestos para el seguro a UNION SECURITY INSURANCE COMPANY o sus reaseguradoras. Dicha información abarca hallazgos referentes a la atención médica, atención dental, información referente al abuso de alcohol o drogas, atención o evaluación psiquiátrica o psicológica o intervención quirúrgica. Asimismo, otorgo mi consentimiento a UNION SECURITY INSURANCE COMPANY o sus reaseguradoras para divulgar información a otras compañías de seguro de vida que yo pudiese contactar. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original. Esta autorización será válida por un periodo de dos años y medio, contado a partir de la fecha anotada a continuación. Esta autorización no está reglamentada por la Ley de Transferibilidad y Contabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés). No obstante, si fuese necesario, se me podría requerir llenar un formulario otorgando autorización a Union Security Insurance Company para utilizar y divulgar información de carácter médico protegida bajo dicha ley.

Nombre del empleado (<i>apellido, primer nombre, inicial</i>)		Empleador
Núm. de póliza colectiva/participante	Núm. de cuenta	Núm. de certif.

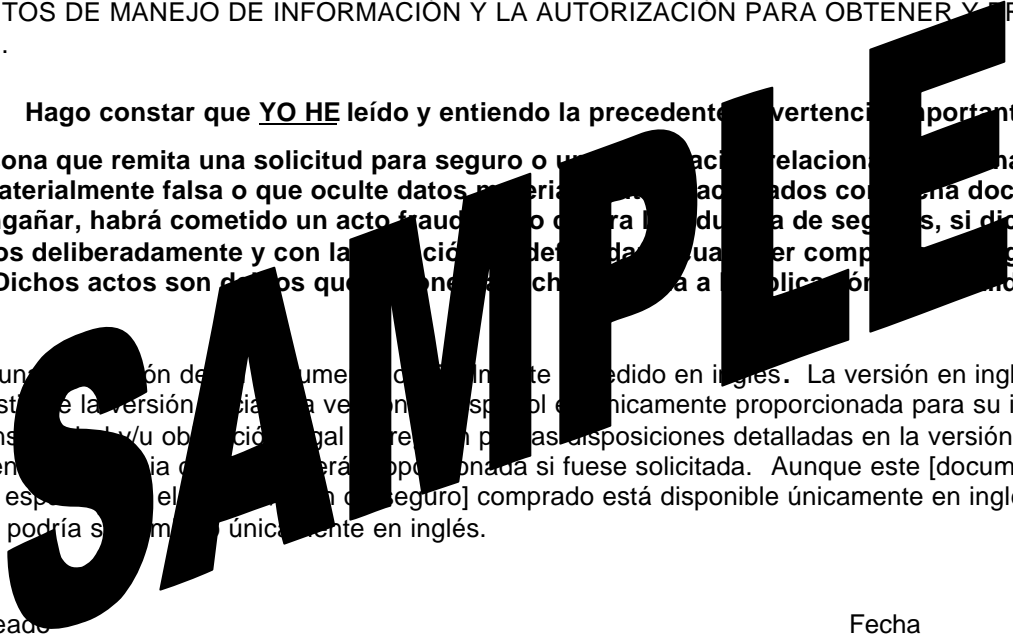
MEDIANTE MI FIRMA EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD HAGO CONSTAR QUE YO:

(1) Solicito las coberturas designadas para las cuales califico bajo el plan de Union Security Insurance Company ofrecido por mi empleador. (2) Reconozco y acepto que si rechazara cierta cobertura, no tendré derecho a los beneficios conferidos bajo la misma y si en el futuro deseara solicitarla, tendré que proporcionar prueba de buen estado de salud satisfactoria a Union Security Insurance Company y que yo tendré que cubrir el costo relacionado con dicha prueba. (3) Hago constar que toda información manifestada en este formulario de solicitud es completa, correcta, verídica y basada en mi mejor saber y entender. (4) Reconozco y acepto que tendré que encontrarme trabajando activamente por el número de horas especificado en el convenio de la póliza/participación para permanecer asegurado. (5) Reconozco y acepto que el seguro de indemnización por incapacidad a corto plazo o el seguro de indemnización por incapacidad a largo plazo conlleva limitaciones, exclusiones y una disposición referente a condiciones preexistentes que podrían afectar mis derechos a los beneficios inherentes. (6) He leído, entendido y he recibido una copia de esta solicitud y la NOTIFICACIÓN REFERENTE AL NEGOCIADO DE INFORMACIÓN MÉDICA, LA NOTIFICACIÓN REFERENTE A LOS PROCEDIMIENTOS DE MANEJO DE INFORMACIÓN Y LA AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y PROPORCIONAR INFORMACIÓN.

Hago constar que **YO HE** leído y entiendo la precedente advertencia importante.

Cualquier persona que remita una solicitud para seguro o una reclamación relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materiales relacionados con una documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento contra la industria de seguros, si dichos documentos fueren remitidos deliberadamente y con la intención de engañar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos son delitos que pueden dar lugar a sanciones penales y a acciones legales criminales y civiles.

Este escrito es una traducción de un documento originalmente emitido en inglés. La versión en inglés de este documento constituye la versión oficial y la versión responsable únicamente proporcionada para su información. Todo derecho, responsabilidad y/o obligación legal se rigen por las disposiciones detalladas en la versión original en inglés de este documento. La versión en español será proporcionada si fuese solicitada. Aunque este [documento, folleto etc.] fue traducido al español, el [seguro] comprado está disponible únicamente en inglés. Asimismo, todo otro documento podría ser proporcionado únicamente en inglés.



Firma del empleado _____ Fecha _____

Firma del cónyuge (si la cobertura para el mismo fuere elegida) _____ Fecha _____

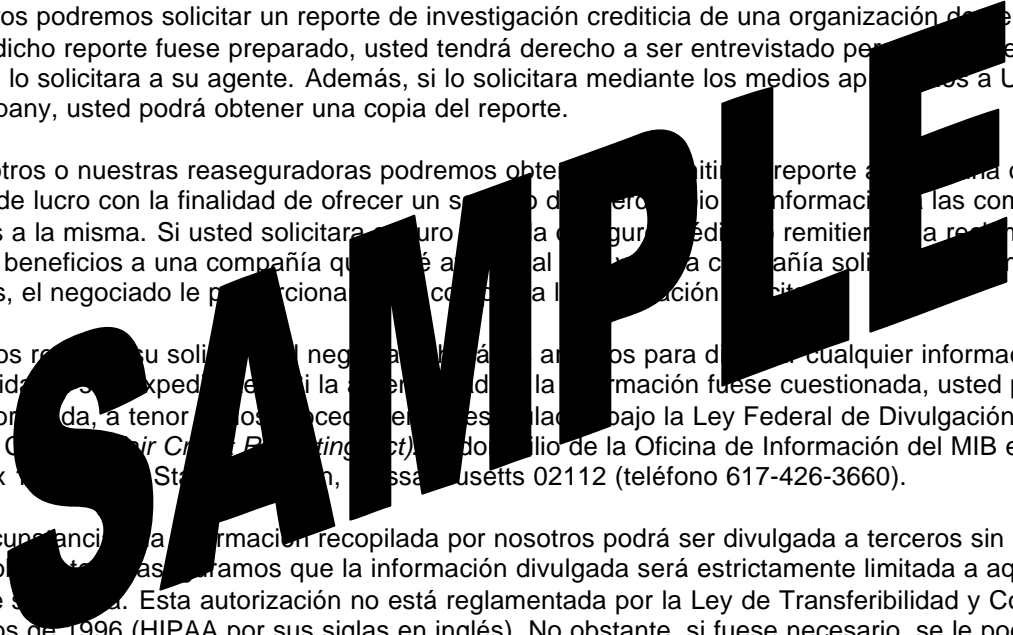
Nombre del empleado (<i>apellido, primer nombre, inicial</i>)		Empleador
Núm. de póliza colectiva/participante	Núm. de cuenta	Núm. de certif.

**NOTIFICACIÓN REFERENTE AL NEGOCIADO DE INFORMACIÓN MÉDICA,
NOTIFICACIÓN REFERENTE A LOS PROCEDIMIENTOS DE MANEJO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA
OBTENER Y PROPORCIONAR INFORMACIÓN**

Para poder tramitar su solicitud apropiadamente y emitir las pólizas de seguro en forma equitativa, nosotros debemos recopilar información referente a los asegurados propuestos. La índole de la información que necesitamos abarca: edad, ocupación, condición física, antecedentes médicos, hábitos, pasatiempos, así como otras características de carácter personal. Dicha información será obtenida directamente de usted y diversas fuentes, incluso de profesionales de salud e instalaciones médicas. La información referente a los factores que afecten la asegurabilidad será considerada confidencial.

Además, nosotros podremos solicitar un reporte de investigación crediticia de una organización de servicios a compañías de seguros. Si dicho reporte fuese preparado, usted tendrá derecho a ser entrevistado por nosotros en torno a la investigación, si lo solicitara a su agente. Además, si lo solicitara mediante los medios apropiados a Union Security Insurance Company, usted podrá obtener una copia del reporte.

Asimismo, nosotros o nuestras reaseguradoras podremos obtener un reporte de crédito de una organización que opera sin fines de lucro con la finalidad de ofrecer un servicio de información a las compañías de seguros de vida afiliadas a la misma. Si usted solicitara un seguro de vida a una compañía que remite la reclamación para la recaudación de beneficios a una compañía que se afilió al mismo grupo, la compañía solicitadora de información contenida en sus expedientes, el negociado le proporcionará una copia de la información solicitada.



Cuando hayamos recibido su solicitud de negociación, nosotros podremos solicitar cualquier información referente a su persona contenida en sus expedientes si la información que usted nos ha proporcionado fuese cuestionada, usted podrá solicitar que la misma sea corregida, a tenor de los procedimientos establecidos bajo la Ley Federal de Divulgación Equitativa de Expedientes de Crédito (*Fair Credit Reporting Act*). El domicilio de la Oficina de Información del MIB es: MIB Information Office, P.O. Box 1111, Springfield, Massachusetts 02112 (teléfono 617-426-3660).

Bajo ciertas circunstancias la información recopilada por nosotros podrá ser divulgada a terceros sin su autorización específica. No obstante, nosotros aseguramos que la información divulgada será estrictamente limitada a aquélla que fuese razonablemente necesaria. Esta autorización no está reglamentada por la Ley de Transferibilidad y Contabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés). No obstante, si fuese necesario, se le podría requerir llenar un formulario otorgando autorización a Union Security Insurance Company para utilizar y divulgar información de carácter médico protegida bajo dicha ley.

Usted tendrá derecho a obtener la información contenida en nuestros expedientes y a solicitar que la misma sea corregida. No obstante, nosotros no divulgaremos información referente a una reclamación o juicio civil o criminal.

Si deseara una explicación más detallada referente a nuestros procedimientos de manejo de información, incluso una descripción de los derechos inherentes al acceso y corrección de información, así como las circunstancias bajo las cuales la divulgación no autorizada de información personal podrá hacerse, favor de comunicarse con el Senior Vice-President, Underwriting and Administration, 2323 Grand Boulevard, Kansas City, Missouri 64108.