Solicitud de empleado de Kentucky

Lea y complete todo el formulario. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja y coloque su firma y la fecha.
Utilice 4 dígitos para los años (p. ej., 2013, no 13).

Solo para uso del empleador

Número de grupo	Número de división	Clase	Fecha de entrada en vigencia solicitada (MMDDAAAA)

Sección 1: Motivo de la solicitud

Fecha del evento: ____ (MMDDAAAA)

☐ Nueva inscripción ☐ Cambio de clase ☐ Incorporación de familiar ☐ Cambio de estado
☐ Inscripción tardía ☐ Restablecimiento ☐ Cambio de nombre/dirección ☐ Cambio de cobertura
☐ Renuncia a las coberturas (complete las secciones 1, 2, 6 y 10) ☐ Transferibilidad (complete las secciones 1, 2 y 7)
☐ COBRA; fecha de entrada en vigencia: ____ (MMDDAAAA)

Sección 2: Información del solicitante

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Pareja doméstica/Pareja por unión civil	Sexo ☐ M ☐ F	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Condado	Distrito

¿Es trabajador activo? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "No", indique el motivo: _____	¿Es jubilado? ☐ Sí ☐ No	Estado de nacimiento

Nombre del empleador/grupo	Ocupación	Fecha de contratación a tiempo completo (MMDDAAAA)

Horas trabajadas por semana para este empleador: _____	Ingresos actuales: _____ ☐ Hora ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año	Ingresos informados en: ☐ W-2 ☐ 1099 ☐ Otro: _____	Estatura	Peso

Número de teléfono de casa	Número de teléfono del trabajo	Número de fax	Dirección de correo electrónico

Sección 3: Detalles de los dependientes: Complete todos los detalles de las personas que solicitan esta cobertura; indique los nombres de todos los dependientes.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si algún dependiente tiene un domicilio diferente, escriba el nombre del dependiente, la relación con el empleado y el domicilio en una hoja aparte y adjúntela a esta solicitud.

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Estado de nacimiento	Número de Seguro Social	Relación	Estatura	Peso
	☐ M ☐ F						
	☐ M ☐ F						
	☐ M ☐ F						
	☐ M ☐ F						
	☐ M ☐ F						

The Standard es el nombre comercial de StanCorp Financial Group, Inc. y sus subsidiarias. Los productos del seguro son ofrecidos por Standard Insurance Company of Portland, Oregon, en todos los estados excepto en New York. Las características de los productos y su disponibilidad varían según el estado y son solo responsabilidad de Standard Insurance Company.

Sección 4: Cambio de estado

Motivo del cambio: ☐ Matrimonio/Pareja doméstica ☐ Divorcio ☐ Fallecimiento del cónyuge ☐ Nacimiento/adopción ☐ Terminación del empleo	
☐ Cambiar nombre a	Fecha en que ocurrió el cambio (MMDDAAAA)
☐ Cambiar domicilio a	Fecha en que ocurrió el cambio (MMDDAAAA)
☐ Agregar/Quitar dependiente (nombre del dependiente)	Fecha en que ocurrió el cambio (MMDDAAAA)
☐ Cambiar monto de la cobertura Monto actual del beneficio: $_____ Cambiar monto del beneficio a: $_____	Fecha en que ocurrió el cambio (MMDDAAAA)
☐ Cambiar clase de seguro de vida a	Fecha en que ocurrió el cambio (MMDDAAAA)
☐ Otro cambio (explica)	Fecha en que ocurrió el cambio (MMDDAAAA)

Sección 5: Designación de beneficiarios

	Nombre del beneficiario	Porcentaje	Número de Seguro Social	Relación con el solicitante	Edad
☐ Primario ☐ Contingente					
☐ Primario ☐ Contingente					
☐ Primario ☐ Contingente					
☐ Primario ☐ Contingente					

Consentimiento del cónyuge para los estados con régimen de bienes de sociedad conyugal únicamente (Nota: La compañía de seguro no se responsabiliza por la validez de un consentimiento del cónyuge para la designación).

Si vive en un estado donde rige el régimen de bienes de sociedad conyugal (AZ, CA, ID, LA, NM, NV, TX, WA y WI), el estado puede exigir que obtenga la firma de su cónyuge si este no será nombrado beneficiario principal del 50 % o más del monto de su beneficio. Pídale a su cónyuge que lea y firme lo siguiente.

Comprendo que mi cónyuge, el empleado/jubilado antes nombrado, ha designado a alguien que no soy yo para que sea el beneficiario del seguro de vida grupal en virtud de la póliza anterior. Por la presente, doy mi consentimiento a tal designación y renuncio a cualquier derecho que pueda tener a los ingresos de tal seguro, en virtud de las leyes vigentes sobre bienes de sociedad conyugal. Entiendo que este consentimiento y esta renuncia reemplazan cualquier consentimiento o renuncia previos del cónyuge en virtud de este plan.

Firma del cónyuge **X**	Nombre del cónyuge (en letra de imprenta)	Fecha (MMDDAAAA)

Sección 6: Cobertura del seguro: Marque todos los elementos que solicita o que rechaza. La cobertura se limita a lo que ofrece el empleador.

Acepto	Rechazo		Acepto	Rechazo	
☐	☐	Seguro de vida básico (complete la designación de beneficiarios en la sección 5)	☐	☐	Discapacidad de largo plazo (LTD) Si el plan lo permite, ¿desea incluir LTD con cobertura ampliada? ☐ Sí ☐ No
☐	☐	Seguro básico por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) (complete la designación de beneficiarios en la sección 5)	☐	☐	Seguro voluntario por discapacidad a corto plazo (VSTD)
☐	☐	Seguro de vida básico para dependientes	☐	☐	Seguro voluntario por discapacidad a largo plazo (VLTD)
☐	☐	Seguro de vida opcional (solo disponible con el seguro de vida básico) _____ x ingresos anuales O $ _____ Si el plan lo permite, marque una o ambas opciones para agregarlas: ☐ Seguro opcional por AD&D para empleados (equivalente al monto del seguro de vida opcional) Si el plan lo permite, marque para agregar ☐ Seguro opcional por AD&D para dependientes ☐ Seguro de vida opcional para dependientes: Cónyuge $ _____ Hijo $ _____	☐	☐	Seguro de vida voluntario (complete la sección 5) _____ x ingresos anuales O $ _____ Si el plan lo permite, marque una o ambas opciones para agregarlas: ☐ Seguro voluntario por AD&D para empleados (equivalente al monto del seguro de vida voluntario) ☐ Seguro de vida voluntario para dependientes: Cónyuge $ _____ Hijo $ _____
☐	☐	Seguro por discapacidad a corto plazo (STD) Si el plan lo permite, ¿desea incluir STD con cobertura ampliada? ☐ Sí ☐ No	☐	☐	Seguro voluntario por AD&D (complete la sección 5) $ _____ Si el plan lo permite, marque para agregar: ☐ con dependientes

Sección 7: Transferibilidad: Complete únicamente si utiliza la opción de transferibilidad. Adjunte el cheque a la solicitud.

Forma de pago solicitada: ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Fecha en que terminó la cobertura con el empleador: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (MMDDAAAA)

Opciones de transferibilidad: (La cobertura mínima para el empleado es de $10,000, y la cobertura del empleado debe transferir la cobertura de dependientes).

Empleado:	☐ Igual	☐ Reducir a: _____	☐ Quitar cobertura
Cónyuge:	☐ Igual	☐ Reducir a: _____	☐ Quitar cobertura
Hijos:	☐ Igual	☐ Reducir a: _____	☐ Quitar cobertura

Sección 8: Aviso de intercambio de información

Al asegurado propuesto y otras personas propuestas para ser aseguradas (si las hubiera): la información relacionada con su asegurabilidad se tratará de manera confidencial. Nosotros o nuestros reaseguradores podremos, sin embargo, preparar un breve informe al respecto para MIB, Inc., una asociación de compañías de seguro de membresía sin fines de lucro que opera un intercambio de información en representación de sus miembros. Si solicita una cobertura del seguro médico o de vida a otra compañía que sea miembro de MIB, o si se envía una reclamación de beneficios a dicha compañía, es posible que MIB, a solicitud, proporcione a dicha compañía la información que tiene archivada. Una vez recibida la solicitud de su parte, MIB organizará la divulgación de cualquier información que pueda tener en su expediente. Si cuestiona la exactitud de la información que se encuentra en los archivos de MIB, puede comunicarse con MIB para solicitar que se corrija esa información, de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Equidad de Informes de Crédito. La dirección de la oficina de información de MIB es: **50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734; y el número de teléfono es 866-692-6901**.

Sección 9: Autorización: Lea detenidamente antes de firmar.

1. Autorizo la divulgación de cualquier expediente médico o información sobre reclamaciones, afecciones o tratamientos, ya sea mía o de cualquier dependiente mencionado en el presente, por parte de cualquier proveedor de servicios de salud, organización de servicios relacionados con farmacias, centros médicos o centros relacionados con servicios médicos o MIB, Inc. a Standard Insurance Company (The Standard), sus afiliados y cualquier administrador, reasegurador, agente u otra entidad que provea servicios en nombre de The Standard‡. Esta información se utilizará con los siguientes fines, entre otros: el procesamiento de esta solicitud de inscripción, la clasificación de riesgo de grupo, la detección o la prevención de fraude o declaraciones falsas, las auditorías internas y externas, la administración de reclamaciones y los programas de mejora de calidad. The Standard les informará a tales entidades que dicha información debe mantenerse bajo confidencialidad en la medida en que sea necesario o según la ley lo exija, y que no debe utilizarse con ningún fin ilícito. Esta información incluye los registros o la información sobre antecedentes médicos, incluidos servicios delicados —como salud mental, psiquiatría, abuso de sustancias, salud reproductiva, información sobre el virus de VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades contagiosas— que se incluyen en dichos registros, incluidos, entre otros, todos los registros de visitas al consultorio, exámenes, tratamientos, evaluaciones, pruebas de diagnóstico y de laboratorio, informes, consultas, registros de los hospitales, antecedentes de medicamentos recetados, registros de tratamiento de abuso de sustancias, asesoramiento psiquiátrico, notas, correspondencia, e información de facturación y seguro de tratamientos o servicios provistos por cualquier proveedor. Entiendo que The Standard puede recopilar información personal sobre mí de fuentes externas, y que la información personal y confidencial puede recopilarse y divulgarse a terceros sin más autorización de mi parte, y es posible que las leyes de privacidad federales ya no la protejan. También entiendo que tengo el derecho de ver y corregir la información personal que The Standard recopila sobre mí y que puedo recibir una descripción más detallada de mis derechos en virtud de esta ley si lo solicito por escrito a The Standard.
2. El pago de los montos se realizará de conformidad con los términos del contrato grupal. A menos que se especifique lo contrario en este documento, si se nombran uno o más beneficiarios, los montos se pagarán en partes iguales a los beneficiarios nombrados que sobrevivan a la muerte del asegurado. El empleado asegurado podrá cambiar los beneficiarios con previo aviso por escrito al empleador.
3. Estas coberturas entrarán en vigor en la fecha que establecen las cláusulas del contrato grupal y los certificados emitidos en virtud de este. Comprendo que, al solicitar el tipo de cobertura marcado, autorizo la deducción de mi salario, si es necesario, para la prima requerida para la cobertura que solicité.
4. Soy responsable de informarle de forma puntual a mi empleador de todo cambio que haría que un dependiente o yo dejáramos de ser elegibles para recibir la cobertura.
5. Solicito la cobertura seleccionada en esta solicitud. Si selecciono una cobertura o una combinación de coberturas que no esté disponible para mí, o una clase para la cual no soy elegible, acepto que las coberturas elegidas se modifiquen automáticamente para que se ajusten a la solicitud del empleador.
6. Comprendo que The Standard se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud, y que no se crea ningún tipo de derecho mediante esta solicitud.

Declaro que he leído las cláusulas anteriores y acepto expresamente tales cláusulas como condición para obtener la cobertura. También ratifico que he recibido y comprendo el Aviso de intercambio de información que se explicó anteriormente. Declaro que las respuestas dadas a todas las preguntas de esta solicitud son auténticas y exactas, a mi leal saber y entender, y entiendo que el asegurador aceptará esta solicitud en función de tales respuestas. Entiendo que cualquier información errónea o la omisión de información médica nueva antes de la fecha de entrada en vigencia puede conllevar un cambio considerable en la cobertura o en las tarifas de las primas. Cualquier información falsa u omisión significativa en esta solicitud podría conllevar la denegación de beneficios o la rescisión o cancelación de mi(s) cobertura(s). Esta autorización, a los efectos de procesar este formulario de solicitud, es válida desde la fecha de suscripción por un período de 30 meses, a menos que yo la revoque por escrito, lo que puedo hacer en cualquier momento comunicándome con The Standard. Una fotocopia tiene la misma validez que el original.

Otorgo esta autorización en mi nombre y en nombre de mis dependientes elegibles, si están cubiertos por el plan, incluido mi cónyuge/pareja doméstica, a menos que firme a continuación. Actúo como su agente y representante. Se le enviarán por correo las solicitudes incompletas para que proporcione la información faltante. ***Esto podría retrasar la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.***

Firma del empleado	Fecha (MMDDAAAA)
X	
Firma del cónyuge/de la pareja doméstica	Fecha (MMDDAAAA)
X	

Sección 10: Renuncia a la cobertura

Por la presente, certifico que se me ha dado la oportunidad de solicitar los beneficios de seguro grupal de vida o discapacidad disponibles ofrecidos por mi empleador, que se me han explicado los beneficios y que mis dependientes o yo optamos por no participar en las coberturas rechazadas que figuran en la Sección 6. Ni mis dependientes ni yo fuimos inducidos o presionados por mi empleador, agente o compañía de seguros de vida para rechazar esta cobertura, sino que hemos tomado la decisión de rechazarla por voluntad propia. Entiendo que si alguno de mis dependientes o yo deseamos solicitar esa cobertura en el futuro, es posible que deba presentar una evidencia de asegurabilidad por mi propia cuenta.

Firma del empleado	Nombre del empleado (en letra de imprenta)	Fecha (MMDDAAAA)
X		

Advertencia sobre fraudes: Toda persona que, con conocimiento e intención de estafar a cualquier compañía de seguro o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre algún dato material, comete un acto fraudulento, lo que constituye un delito.