



Explore sus beneficios para empleados

Creemos en proteger lo que importa.



Colorado Employer Benefit Trust (CEBT)

Standard Insurance Company



Ayude a proteger lo que le importa

Explore sus opciones de beneficios con el Colorado Employer Benefit Trust (CEBT)

Quizás se pregunte qué opciones de beneficios son las mejores para usted y su familia. Piense en un seguro como una red de seguridad financiera que ayuda a protegerlo cuando la vida no resulte como la había planeado. Cada beneficio puede desempeñar un papel importante para ayudarlo a alcanzar la seguridad financiera y la protección contra lo inesperado.

Inscribirse en la cobertura ahora es una manera fácil de asegurarse de que usted y sus seres queridos están listos para cualquier cosa. Use esta guía para explorar las opciones de su Seguro Colectivo de Standard Insurance Company.



Cuando adquiere un seguro a través de su empleo, usted obtiene tarifas colectivas competitivas. Y es práctico, ya que las primas se deducen directamente de su cheque salarial.

Beneficios pagados por su empleador

- Seguro de Vida Básico y por Muerte Accidental y Desmembramiento

Beneficios que puede agregar a las tarifas colectivas

- Seguro de Vida Extra y por AD&D
- Seguro de Vida y por AD&D para Dependientes



Proteja a sus seres queridos

El **Seguro de Vida** le ayuda a cuidar de su familia en caso de que algo le suceda. Puede ayudar a sus seres queridos a superar un momento difícil y a pagar cosas importantes, como una casa o planes universitarios.

El **Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento** le ayuda a proteger las finanzas de su familia en caso de que un accidente cause la muerte o una pérdida física grave. Le paga un beneficio adicional a cualquier Seguro de Vida que ya tenga, lo cual puede ayudar a pagar un funeral o un cuidado especial continuo.



Seguro de Vida Colectivo y por AD&D

Podemos ayudarle a mantener a su familia cuando usted no pueda.

El Seguro de Vida Colectivo y por Muerte Accidental y Desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment (AD&D, por sus siglas en inglés)) puede ayudarle a proteger las finanzas de su familia en caso de que algo le suceda. Esta cobertura puede ayudarle a proporcionar apoyo y estabilidad financiera a su familia en el caso de que usted fallezca o sufra un accidente grave.

El Seguro de Vida y por AD&D puede hacer que las cosas sean más fáciles para las personas que le importan.

¿Qué cantidad de Seguro de Vida necesita?

Tenga en cuenta los gastos diarios de su familia y los artículos más costosos. ¿Cómo podrán mantenerse sin sus ingresos? ¿Cuánta ayuda necesitan para mantener su estándar de vida? ¿Para pagar sus deudas? ¿Y financiar la educación de sus hijos?

El Seguro por AD&D

proporciona cobertura por una muerte accidental y desmembramiento. Le proporciona un nivel extra de protección en el caso de que usted fallezca o sufra una lesión cubierta en un accidente.

El Seguro de Vida y por AD&D es una manera fácil y responsable de ayudar a sus seres queridos durante un momento difícil y en el futuro.

Lo que está en riesgo.

Una muerte o un accidente grave puede hacer que los miembros de su familia afronten gastos que no podrían pagar sin sus ingresos. Eso puede incluir gastos extra por atención médica o un funeral.

Esta cobertura del Seguro de Vida le permite beneficiarse de las tarifas colectivas. También es práctica. Los pagos de las primas se deducen directamente de su cheque salarial. **Planifique ahora para ayudar a su familia a cubrir gastos futuros, como:**



Cuotas escolares



Cuidado infantil



Gastos del hogar



Gastos de la vida diaria

Seguro de Vida

¿Cuánto puedo solicitar?

La cantidad de cobertura para su cónyuge no puede exceder el 50% de la cobertura de su Seguro de Vida. La cantidad de cobertura para su(s) hijo(s) no puede exceder el 100% de la cobertura de su Seguro de Vida.

Para usted:

\$10,000 – \$500,000 en incrementos de \$10,000

Para su cónyuge:

\$5,000–\$250,000 en incrementos de \$5,000

Para sus hijos:

\$20,000

¿Cuál es la Cantidad de emisión garantizada?

Dependiendo de su derecho de participación, esta es la cantidad máxima de cobertura que usted podría solicitar durante la inscripción inicial sin tener que responder preguntas médicas.

Para usted:

Hasta \$150,000

Para su cónyuge:

Hasta \$30,000

¿Qué proporciona mi beneficio por AD&D?

Para usted:

La cantidad de la cobertura del Seguro por AD&D es la misma que usted elija como Seguro de Vida.

Para su cónyuge:

La cantidad de la cobertura del Seguro por AD&D es la misma que usted elija como Seguro de Vida para Dependientes para su cónyuge.

Para su(s) hijo(s):

La cantidad de la cobertura del Seguro por AD&D es la misma que usted elija como Seguro de Vida para Dependientes para su hijo.

Tome en cuenta que la cantidad pagadera por ciertas pérdidas es menor que el 100% del beneficio del Seguro por AD&D.

Consulte la sección Detalles importantes para obtener más información, incluyendo los requisitos, las exclusiones, las limitaciones, las reducciones por edad y las definiciones.

Inscripción anual

Durante el Periodo de inscripción anual de su empleador:

Para usted. Si usted está actualmente inscrito en el Seguro de Vida por una cantidad inferior a \$150,000, podría elegir aumentar su cobertura por uno o dos incrementos de \$10,000, hasta, pero sin exceder, la cantidad de emisión garantizada de \$150,000 sin tener que responder preguntas médicas.

Para su cónyuge. Si su cónyuge está actualmente inscrito en el Seguro de Vida para Dependientes por una cantidad inferior a \$30,000, usted podría elegir aumentar la cobertura por uno o dos incrementos de \$5,000, hasta, pero sin exceder, la cantidad de emisión garantizada de \$30,000 sin tener que responder preguntas médicas.

Rechazos previos. Si a usted se le negó previamente la cobertura por parte de The Standard, el 1 de enero de 2020 o después, y/o si a su cónyuge se le negó previamente la cobertura por parte de The Standard, usted y/o su cónyuge necesitará(n) enviar una Declaración del historial médico para solicitar cualquier cantidad de cobertura durante el periodo de inscripción anual.

Envíe una Declaración del historial médico para su aprobación en línea ingresando a myeoi.standard.com/643648.

Características extra

Beneficio adelantado Si usted llega a padecer una enfermedad terminal, usted puede tener derecho a recibir hasta el 75% de sus beneficios del Seguro de Vida hasta un máximo de \$500,000.

Asistencia al viajero¹ Disponible las 24 horas del día, este servicio le conecta con recursos cuando viaje al menos 100 millas desde su hogar o a un país extranjero hasta por 180 días.

Instrumentos de servicios para la vida² Este servicio le permite a usted y sus beneficiarios acceder a contenido en línea para la preparación del testamento, apoyo ante el robo de identidad y otras herramientas y calculadoras, y les proporciona a sus beneficiarios servicios para el duelo, asuntos legales y financieros.

1 Este servicio se ofrece a través de un acuerdo con un proveedor de servicios que no está afiliado a The Standard. La Asistencia al viajero no es un producto de seguro en ningún estado, excepto en Oregon. Para obtener más información, visite standard.com/travel-info.

2 Los Instrumentos de servicios para la vida se ofrecen mediante un acuerdo con un proveedor de servicios que no está afiliado a The Standard. Para obtener más información, visite standard.com/mytoolkit-info.

Características extra del Seguro por AD&D

Beneficios de cinturón de seguridad y bolsa de aire The Standard podría pagar un beneficio extra si usted fallece mientras lleva puesto un cinturón de seguridad, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones. Si las bolsas de aire del vehículo se despliegan durante un accidente, también podría recibir un beneficio de bolsa de aire.

Paquete de beneficios para la familia Este beneficio está diseñado para ayudar a los miembros de la familia sobrevivientes a mantener su estándar de vida y a perseguir sus sueños. En el paquete se incluyen beneficios para ayudar con el cuidado infantil, ajuste de carrera profesional para su cónyuge y educación superior para su(s) hijo(s).

Lo que cuesta su cobertura

Como este seguro se ofrece a través de Colorado Employer Benefit Trust (CEBT), usted tendrá acceso a tarifas colectivas competitivas que pueden ser más asequibles que las disponibles a través de un seguro individual. También dispondrá de la comodidad de que su prima se deduzca directamente de su cheque salarial.

Para usted:

El costo de la prima depende de su edad y la cantidad del beneficio. Para encontrar su prima mensual, utilice la tabla de primas mensuales del Seguro de Vida con AD&D para el empleado en la página siguiente. Su tarifa mensual del Seguro por AD&D de \$0.025 por cada \$1,000 de beneficio del Seguro por AD&D está incluida.

Para su cónyuge:

Si usted adquiere la cobertura para su cónyuge, su prima mensual se muestra en la tabla de primas mensuales del Seguro de Vida con AD&D para el cónyuge en la página 6. Utilice su edad y la cantidad de beneficio de su cónyuge. Su tarifa mensual del Seguro por AD&D de \$0.025 por cada \$1,000 de beneficio del Seguro por AD&D está incluida.

Para su(s) hijo(s):

Si usted adquiere el Seguro de Vida con AD&D para Dependientes para su(s) hijo(s), su tarifa mensual es de \$3.50 por \$20,000, independientemente del número de hijos que esté cubriendo. Su tarifa mensual del Seguro por AD&D de \$0.150 por cada \$1,000 de beneficio del Seguro por AD&D está incluida.

¿Qué cantidad de Seguro de Vida necesita?

Después de un accidente grave o una muerte en la familia, surgen muchos gastos inesperados.

Sus beneficios podrían ayudar a su familia a pagar:

- Deudas pendientes
- La educación de su(s) hijo(s)
- Gastos de entierro
- Gastos diarios
- Facturas médicas

Para calcular sus necesidades de seguro, usted necesitará considerar sus circunstancias particulares. Utilice nuestra calculadora en línea ingresando a standard.com/life/needs.

Primas mensuales del Seguro de Vida con AD&D para el empleado

Cantidad de cobertura	Edad del empleado al 1 de enero											
	< 25	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59	60 – 64	65 – 69*	70 – 74*	75+*
\$10,000	0.75	0.85	1.05	1.15	1.25	1.75	2.55	4.55	6.85	8.42	14.38	20.21
\$20,000	1.50	1.70	2.10	2.30	2.50	3.50	5.10	9.10	13.70	16.84	28.75	40.43
\$30,000	2.25	2.55	3.15	3.45	3.75	5.25	7.65	13.65	20.55	25.25	43.13	60.64
\$40,000	3.00	3.40	4.20	4.60	5.00	7.00	10.20	18.20	27.40	33.67	57.50	80.85
\$50,000	3.75	4.25	5.25	5.75	6.25	8.75	12.75	22.75	34.25	42.09	71.88	101.06
\$60,000	4.50	5.10	6.30	6.90	7.50	10.50	15.30	27.30	41.10	50.51	86.25	121.28
\$70,000	5.25	5.95	7.35	8.05	8.75	12.25	17.85	31.85	47.95	58.92	100.63	141.49
\$80,000	6.00	6.80	8.40	9.20	10.00	14.00	20.40	36.40	54.80	67.34	115.00	161.70
\$90,000	6.75	7.65	9.45	10.35	11.25	15.75	22.95	40.95	61.65	75.76	129.38	181.91
\$100,000	7.50	8.50	10.50	11.50	12.50	17.50	25.50	45.50	68.50	84.18	143.75	202.13
\$110,000	8.25	9.35	11.55	12.65	13.75	19.25	28.05	50.05	75.35	92.59	158.13	222.34
\$120,000	9.00	10.20	12.60	13.80	15.00	21.00	30.60	54.60	82.20	101.01	172.50	242.55
\$130,000	9.75	11.05	13.65	14.95	16.25	22.75	33.15	59.15	89.05	109.43	186.88	262.76
\$140,000	10.50	11.90	14.70	16.10	17.50	24.50	35.70	63.70	95.90	117.85	201.25	282.98
\$150,000	11.25	12.75	15.75	17.25	18.75	26.25	38.25	68.25	102.75	126.26	215.63	303.19
\$160,000	12.00	13.60	16.80	18.40	20.00	28.00	40.80	72.80	109.60	134.68	230.00	323.40
\$170,000	12.75	14.45	17.85	19.55	21.25	29.75	43.35	77.35	116.45	143.10	244.38	343.61
\$180,000	13.50	15.30	18.90	20.70	22.50	31.50	45.90	81.90	123.30	151.52	258.75	363.83
\$190,000	14.25	16.15	19.95	21.85	23.75	33.25	48.45	86.45	130.15	159.93	273.13	384.04
\$200,000	15.00	17.00	21.00	23.00	25.00	35.00	51.00	91.00	137.00	168.35	287.50	404.25
\$210,000	15.75	17.85	22.05	24.15	26.25	36.75	53.55	95.55	143.85	176.77	301.88	424.46
\$220,000	16.50	18.70	23.10	25.30	27.50	38.50	56.10	100.10	150.70	185.19	316.25	444.68
\$230,000	17.25	19.55	24.15	26.45	28.75	40.25	58.65	104.65	157.55	193.60	330.63	464.89
\$240,000	18.00	20.40	25.20	27.60	30.00	42.00	61.20	109.20	164.40	202.02	345.00	485.10
\$250,000	18.75	21.25	26.25	28.75	31.25	43.75	63.75	113.75	171.25	210.44	359.38	505.31
\$260,000	19.50	22.10	27.30	29.90	32.50	45.50	66.30	118.30	178.10	218.86	373.75	525.53
\$270,000	20.25	22.95	28.35	31.05	33.75	47.25	68.85	122.85	184.95	227.27	388.13	545.74
\$280,000	21.00	23.80	29.40	32.20	35.00	49.00	71.40	127.40	191.80	235.69	402.50	565.95
\$290,000	21.75	24.65	30.45	33.35	36.25	50.75	73.95	131.95	198.65	244.11	416.88	586.16
\$300,000	22.50	25.50	31.50	34.50	37.50	52.50	76.50	136.50	205.50	252.53	431.25	606.38
\$310,000	23.25	26.35	32.55	35.65	38.75	54.25	79.05	141.05	212.35	260.94	445.63	626.59
\$320,000	24.00	27.20	33.60	36.80	40.00	56.00	81.60	145.60	219.20	269.36	460.00	646.80
\$330,000	24.75	28.05	34.65	37.95	41.25	57.75	84.15	150.15	226.05	277.78	474.38	667.01
\$340,000	25.50	28.90	35.70	39.10	42.50	59.50	86.70	154.70	232.90	286.20	488.75	687.23
\$350,000	26.25	29.75	36.75	40.25	43.75	61.25	89.25	159.25	239.75	294.61	503.13	707.44
\$360,000	27.00	30.60	37.80	41.40	45.00	63.00	91.80	163.80	246.60	303.03	517.50	727.65
\$370,000	27.75	31.45	38.85	42.55	46.25	64.75	94.35	168.35	253.45	311.45	531.88	747.86
\$380,000	28.50	32.30	39.90	43.70	47.50	66.50	96.90	172.90	260.30	319.87	546.25	768.08
\$390,000	29.25	33.15	40.95	44.85	48.75	68.25	99.45	177.45	267.15	328.28	560.63	788.29
\$400,000	30.00	34.00	42.00	46.00	50.00	70.00	102.00	182.00	274.00	336.70	575.00	808.50
\$410,000	30.75	34.85	43.05	47.15	51.25	71.75	104.55	186.55	280.85	345.12	589.38	828.71
\$420,000	31.50	35.70	44.10	48.30	52.50	73.50	107.10	191.10	287.70	353.54	603.75	848.93
\$430,000	32.25	36.55	45.15	49.45	53.75	75.25	109.65	195.65	294.55	361.95	618.13	869.14
\$440,000	33.00	37.40	46.20	50.60	55.00	77.00	112.20	200.20	301.40	370.37	632.50	889.35
\$450,000	33.75	38.25	47.25	51.75	56.25	78.75	114.75	204.75	308.25	378.79	646.88	909.56
\$460,000	34.50	39.10	48.30	52.90	57.50	80.50	117.30	209.30	315.10	387.21	661.25	929.78
\$470,000	35.25	39.95	49.35	54.05	58.75	82.25	119.85	213.85	321.95	395.62	675.63	949.99
\$480,000	36.00	40.80	50.40	55.20	60.00	84.00	122.40	218.40	328.80	404.04	690.00	970.20
\$490,000	36.75	41.65	51.45	56.35	61.25	85.75	124.95	222.95	335.65	412.46	704.38	990.41
\$500,000	37.50	42.50	52.50	57.50	62.50	87.50	127.50	227.50	342.50	420.88	718.75	1,010.63

*Las cantidades de cobertura para las edades de 65 años o más se van reduciendo debido a la reducción por edad (consulte la sección Reducciones por edad del Seguro de Vida y por AD&D).

Primas mensuales del Seguro de Vida con AD&D para el cónyuge

Cantidad de cobertura	Edad del empleado al 1 de enero											
	< 25	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59	60 – 64	65 – 69*	70 – 74*	75+*
\$5,000	0.38	0.43	0.53	0.58	0.63	0.88	1.28	2.28	3.43	4.21	7.19	10.11
\$10,000	0.75	0.85	1.05	1.15	1.25	1.75	2.55	4.55	6.85	8.42	14.38	20.21
\$15,000	1.13	1.28	1.58	1.73	1.88	2.63	3.83	6.83	10.28	12.63	21.56	30.32
\$20,000	1.50	1.70	2.10	2.30	2.50	3.50	5.10	9.10	13.70	16.84	28.75	40.43
\$25,000	1.88	2.13	2.63	2.88	3.13	4.38	6.38	11.38	17.13	21.04	35.94	50.53
\$30,000	2.25	2.55	3.15	3.45	3.75	5.25	7.65	13.65	20.55	25.25	43.13	60.64
\$35,000	2.63	2.98	3.68	4.03	4.38	6.13	8.93	15.93	23.98	29.46	50.31	70.74
\$40,000	3.00	3.40	4.20	4.60	5.00	7.00	10.20	18.20	27.40	33.67	57.50	80.85
\$45,000	3.38	3.83	4.73	5.18	5.63	7.88	11.48	20.48	30.83	37.88	64.69	90.96
\$50,000	3.75	4.25	5.25	5.75	6.25	8.75	12.75	22.75	34.25	42.09	71.88	101.06
\$55,000	4.13	4.68	5.78	6.33	6.88	9.63	14.03	25.03	37.68	46.30	79.06	111.17
\$60,000	4.50	5.10	6.30	6.90	7.50	10.50	15.30	27.30	41.10	50.51	86.25	121.28
\$65,000	4.88	5.53	6.83	7.48	8.13	11.38	16.58	29.58	44.53	54.71	93.44	131.38
\$70,000	5.25	5.95	7.35	8.05	8.75	12.25	17.85	31.85	47.95	58.92	100.63	141.49
\$75,000	5.63	6.38	7.88	8.63	9.38	13.13	19.13	34.13	51.38	63.13	107.81	151.59
\$80,000	6.00	6.80	8.40	9.20	10.00	14.00	20.40	36.40	54.80	67.34	115.00	161.70
\$85,000	6.38	7.23	8.93	9.78	10.63	14.88	21.68	38.68	58.23	71.55	122.19	171.81
\$90,000	6.75	7.65	9.45	10.35	11.25	15.75	22.95	40.95	61.65	75.76	129.38	181.91
\$95,000	7.13	8.08	9.98	10.93	11.88	16.63	24.23	43.23	65.08	79.97	136.56	192.02
\$100,000	7.50	8.50	10.50	11.50	12.50	17.50	25.50	45.50	68.50	84.18	143.75	202.13
\$105,000	7.88	8.93	11.03	12.08	13.13	18.38	26.78	47.78	71.93	88.38	150.94	212.23
\$110,000	8.25	9.35	11.55	12.65	13.75	19.25	28.05	50.05	75.35	92.59	158.13	222.34
\$115,000	8.63	9.78	12.08	13.23	14.38	20.13	29.33	52.33	78.78	96.80	165.31	232.44
\$120,000	9.00	10.20	12.60	13.80	15.00	21.00	30.60	54.60	82.20	101.01	172.50	242.55
\$125,000	9.38	10.63	13.13	14.38	15.63	21.88	31.88	56.88	85.63	105.22	179.69	252.66
\$130,000	9.75	11.05	13.65	14.95	16.25	22.75	33.15	59.15	89.05	109.43	186.88	262.76
\$135,000	10.13	11.48	14.18	15.53	16.88	23.63	34.43	61.43	92.48	113.64	194.06	272.87
\$140,000	10.50	11.90	14.70	16.10	17.50	24.50	35.70	63.70	95.90	117.85	201.25	282.98
\$145,000	10.88	12.33	15.23	16.68	18.13	25.38	36.98	65.98	99.33	122.05	208.44	293.08
\$150,000	11.25	12.75	15.75	17.25	18.75	26.25	38.25	68.25	102.75	126.26	215.63	303.19
\$155,000	11.63	13.18	16.28	17.83	19.38	27.13	39.53	70.53	106.18	130.47	222.81	313.29
\$160,000	12.00	13.60	16.80	18.40	20.00	28.00	40.80	72.80	109.60	134.68	230.00	323.40
\$165,000	12.38	14.03	17.33	18.98	20.63	28.88	42.08	75.08	113.03	138.89	237.19	333.51
\$170,000	12.75	14.45	17.85	19.55	21.25	29.75	43.35	77.35	116.45	143.10	244.38	343.61
\$175,000	13.13	14.88	18.38	20.13	21.88	30.63	44.63	79.63	119.88	147.31	251.56	353.72
\$180,000	13.50	15.30	18.90	20.70	22.50	31.50	45.90	81.90	123.30	151.52	258.75	363.83
\$185,000	13.88	15.73	19.43	21.28	23.13	32.38	47.18	84.18	126.73	155.72	265.94	373.93
\$190,000	14.25	16.15	19.95	21.85	23.75	33.25	48.45	86.45	130.15	159.93	273.13	384.04
\$195,000	14.63	16.58	20.48	22.43	24.38	34.13	49.73	88.73	133.58	164.14	280.31	394.14
\$200,000	15.00	17.00	21.00	23.00	25.00	35.00	51.00	91.00	137.00	168.35	287.50	404.25
\$205,000	15.38	17.43	21.53	23.58	25.63	35.88	52.28	93.28	140.43	172.56	294.69	414.36
\$210,000	15.75	17.85	22.05	24.15	26.25	36.75	53.55	95.55	143.85	176.77	301.88	424.46
\$215,000	16.13	18.28	22.58	24.73	26.88	37.63	54.83	97.83	147.28	180.98	309.06	434.57
\$220,000	16.50	18.70	23.10	25.30	27.50	38.50	56.10	100.10	150.70	185.19	316.25	444.68
\$225,000	16.88	19.13	23.63	25.88	28.13	39.38	57.38	102.38	154.13	189.39	323.44	454.78
\$230,000	17.25	19.55	24.15	26.45	28.75	40.25	58.65	104.65	157.55	193.60	330.63	464.89
\$235,000	17.63	19.98	24.68	27.03	29.38	41.13	59.93	106.93	160.98	197.81	337.81	474.99
\$240,000	18.00	20.40	25.20	27.60	30.00	42.00	61.20	109.20	164.40	202.02	345.00	485.10
\$245,000	18.38	20.83	25.73	28.18	30.63	42.88	62.48	111.48	167.83	206.23	352.19	495.21
\$250,000	18.75	21.25	26.25	28.75	31.25	43.75	63.75	113.75	171.25	210.44	359.38	505.31

*Las cantidades de cobertura para las edades de 65 años o más se van reduciendo debido a la reducción por edad (consulte la sección Reducciones por edad del Seguro de Vida y por AD&D).

Detalles importantes

Aquí encontrará los detalles sobre el plan.

Requisitos de derecho de participación del Seguro de Vida y por AD&D

Una cantidad mínima de empleados con derecho de participación debe solicitar y cumplir con los requisitos del plan propuesto antes de que pueda entrar en vigencia la cobertura. Si este requisito no se cumple, el plan no entrará en vigencia. Para tener derecho de participación para recibir la cobertura, usted debe:

- Ser un empleado activo de un empleador que participa en el Colorado Employer Benefit Trust (CEBT), que trabaja durante al menos 20 horas a la semana de forma regular

No tienen derecho de participación los empleados temporales y estacionales, los miembros de las fuerzas armadas enlistados de tiempo completo, los empleados arrendados ni los contratistas independientes.

Si adquiere el Seguro de Vida y por AD&D para usted y su empleador ha elegido ofrecer el Seguro de Vida para Dependientes, también podría adquirir la cobertura del Seguro de Vida y por AD&D para su(s) hijo(s) y/o cónyuge con derecho de participación. Esto se denomina Seguro de Vida y por AD&D para Dependientes.

Puede elegir dar cobertura a su cónyuge, es decir, la persona con quien está legalmente casado o su pareja de unión civil.

También puede elegir dar cobertura a su hijo. Hijo hace referencia a su hijo o hija, desde su nacimiento hasta los 25 años de edad.

Por favor, tenga en cuenta que:

- Su hijo no puede estar asegurado por más de un empleado.
- Su cónyuge o su(s) hijo(s) no debe(n) ser miembro(s) de tiempo completo de las fuerzas armadas.
- Usted no puede estar asegurado como empleado y como dependiente.

Aprobación suscrita de un médico para la cobertura del Seguro de Vida

Solicitada para:

- Cantidades de cobertura superiores a la cantidad de emisión garantizada
- Todas las solicitudes tardías para usted o para su cónyuge (que se soliciten 31 días después de adquirir derecho de participación)
- Solicitudes de incrementos de cobertura
- Restituciones
- Empleados y cónyuges con derecho de participación, pero que no están asegurados bajo el plan anterior del Seguro de Vida

Envíe una Declaración del historial médico para su aprobación en línea ingresando a myeoi.standard.com/643648.

Aviso: Si su situación familiar cambia, usted puede tener derecho a solicitar cobertura o aumentar la cantidad de su cobertura durante un periodo limitado sin tener que enviar una Declaración del historial médico. Por favor, consulte con su representante de recursos humanos o con el administrador del plan para obtener más información.

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Seguro de Vida

Para estar asegurado, usted debe:

- Cumplir con los requisitos de derecho de participación enumerados en las secciones anteriores
- Cumplir con un periodo de espera de derecho de participación*
- Recibir la aprobación suscrita de un médico (si corresponde)
- Solicitar la cobertura y aceptar pagar la prima
- Estar trabajando activamente (poder realizar todas las responsabilidades normales de su trabajo) el día anterior a la fecha programada de entrada en vigencia del seguro

*Usted tiene derecho de participación desde el primer día del mes que le sigue a la fecha en la que se convierte en miembro, pero no antes de la fecha de entrada en vigencia de la participación de su empleador bajo la Póliza colectiva.

Si usted no está trabajando activamente el día anterior a la fecha programada de entrada en vigencia del seguro, incluyendo el Seguro de Vida para Dependientes, su seguro no entrará en vigencia sino hasta el día posterior a que cumpla un día completo de trabajar activamente como empleado con derecho de participación. Puede tener una fecha de entrada en vigencia diferente para la cobertura del Seguro de Vida inferior y superior a la cantidad de emisión garantizada. Comuníquese con su representante de recursos humanos o con el administrador del plan para obtener información adicional sobre la fecha de entrada en vigencia de la cobertura aplicable para su seguro, incluyendo el Seguro de Vida para Dependientes.

Reducciones por edad del Seguro de Vida y por AD&D

Bajo este plan, la cantidad de su cobertura se reduce a un 65% a los 65 años de edad, a un 50% a los 70 años de edad y a un 35% a los 75 años de edad. La cantidad de cobertura de su cónyuge se reduce según su edad a un 65% a los 65 años de edad, a un 50% a los 70 años de edad y a un 35% a los 75 años de edad. Las cantidades de cobertura que le siguen a la reducción serán redondeadas al múltiplo superior siguiente de \$1,000, si no es ya un múltiplo de \$1,000. Si usted tiene 65 años de edad o más, pregúntele a su representante de recursos humanos o al administrador del plan cuál es la cantidad de cobertura disponible.

Exoneración de la prima del Seguro de Vida

Sus primas del Seguro de Vida pueden exonerarse si usted:

- Queda totalmente incapacitado mientras está asegurado bajo este plan
- Es menor de 60 años de edad
- Cumple con un periodo de espera de 180 días

Si se cumplen estas condiciones, la cobertura de su Seguro de Vida podría continuar sin costo hasta los 65 años de edad, siempre y cuando usted nos proporcione pruebas satisfactorias de que continúa totalmente incapacitado.

Portabilidad del Seguro de Vida y por AD&D

Si su seguro finaliza porque su empleo cesa, usted podría tener derecho a adquirir la cobertura portátil del Seguro Colectivo de The Standard.

Intercambio del Seguro de Vida

Si su seguro se reduce o se cancela, usted puede tener derecho a intercambiar su Seguro de Vida actual por una póliza del Seguro de Vida Individual sin tener que presentar pruebas de buena salud.

Exclusiones del Seguro de Vida

Sujeto a variaciones estatales, ni usted ni su cónyuge dependiente están cubiertos por fallecimiento como consecuencia de un suicidio u otra lesión autoinfligida intencionalmente, ya sea estando cuerdo o demente. La cantidad pagadera excluye las cantidades que no hayan estado continuamente en vigencia por al menos los dos años anteriores a la fecha del fallecimiento.

Beneficios del Seguro por AD&D

La cantidad del beneficio del Seguro por AD&D es igual a la cantidad pagadera del beneficio de su Seguro de Vida, el de su cónyuge o el de su(s) hijo(s) en la fecha del accidente. Para todas las demás pérdidas cubiertas, la cantidad que se muestra es un porcentaje de la cantidad pagadera por el beneficio en la fecha del accidente. No se pagará más del 100% del beneficio del Seguro por AD&D por todas las pérdidas que resulten de un accidente.

Cualquier pérdida debe ser causada única y directamente por un accidente dentro de los 365 días posteriores a este. Es necesaria una copia del certificado de defunción para probar la pérdida de la vida.

Todas las otras pérdidas deben ser certificadas por un médico de la especialidad correspondiente, según lo defina The Standard.

Pérdidas cubiertas	Porcentaje del beneficio pagadero del Seguro por AD&D
Vida ¹	100%
Una mano o un pie	50%
Vista en un ojo	50%
Dos o más de las pérdidas mencionadas anteriormente	100%

1 Incluye la pérdida de la vida causada por la exposición accidental a condiciones climatológicas adversas o desaparición, si la desaparición es causada por un accidente que razonablemente podría haber causado su muerte.

Exclusiones del Seguro por AD&D

Usted no está cubierto por el fallecimiento o desmembramiento causado o contribuido por cualquiera de los siguientes motivos:

- Cometer o intentar cometer una agresión o un delito grave, o participar activamente en un disturbio o motín violento
- Suicidio u otra lesión autoinfligida intencionalmente, ya sea estando cuerdo o demente
- Guerra o cualquier acción de guerra (declarada o sin declarar), y cualquier conflicto armado de considerable magnitud entre fuerzas organizadas de naturaleza militar
- Consumo voluntario de cualquier veneno, compuesto químico, alcohol o droga, a menos que se haya usado o consumido según las indicaciones de un médico
- Enfermedad o embarazo en curso en la fecha del accidente
- Ataque cardíaco o derrame cerebral
- Tratamiento médico o quirúrgico por alguna de las causas mencionadas anteriormente

Cuándo finaliza su seguro

Su seguro finaliza automáticamente cuando algo de lo siguiente ocurra:

- La fecha en la que finalice el último periodo para el cual se pagó una prima
- La fecha en la que cese su empleo
- La fecha en la que usted deje de cumplir con los requisitos de derecho de participación (en ciertas circunstancias, el seguro puede continuar por periodos limitados)
- La fecha en la que se cancele la Póliza colectiva o la cobertura de su empleador según la misma
- Para cada cobertura optativa de seguro, la fecha en la que se cancele esa cobertura según la Póliza colectiva
- La fecha en la que la cobertura de su Seguro de Vida termine, también terminará la cobertura de su Seguro por AD&D

Además de los requisitos mencionados anteriormente, la cobertura de su Seguro de Vida con AD&D para Dependientes finalizará automáticamente en la fecha en la que su dependiente deje de cumplir con los requisitos de derecho de participación de un dependiente.

Para obtener más información sobre cuándo termina su seguro, comuníquese con su representante de recursos humanos o con el administrador del plan.

Certificado del Seguro Colectivo

Si la cobertura entra en vigencia y usted queda asegurado, comuníquese con su representante de recursos humanos para obtener un certificado del Seguro Colectivo en el que se describirá en detalle la cobertura del seguro, junto con sus definiciones, exclusiones, limitaciones, reducciones y motivos de cancelación. Las cláusulas que rigen aparecerán en la Póliza colectiva. La información presentada en este resumen no modifica de ninguna manera la Póliza colectiva, el certificado o la cobertura del seguro.

Standard Insurance Company
1100 SW Sixth Avenue
Portland, OR 97204

GP190-LIFE/S399, GP399-LIFE/TRUST,
GP899-LIFE, GP190-LIFE/A997/S399,
GP411-LIFE, GP190-LIFE/S214

SI 20348

VLVA-643648-SPU
(5/26)



Explore el mundo con confianza.

Confíe en la Asistencia al viajero cuando esté fuera de casa.



Standard Insurance Company

Puede pasarle de todo cuando esté de viaje. Le pueden robar el pasaporte o puede perderlo. Además, hay eventos o circunstancias imprevistas que echan a perder sus planes de viaje. Los problemas médicos surgen en los momentos más inconvenientes. La Asistencia al viajero puede ayudarle a manejar estos asuntos y más, en cualquier momento del día o de la noche.¹

Usted y su cónyuge están cubiertos por la Asistencia al viajero, al igual que los niños hasta los 25 años de edad, con su Seguro Colectivo de Standard Insurance Company (The Standard).²

Protección que viaja con usted

La Asistencia al viajero está disponible cuando usted viaja a más de 100 millas de distancia de su hogar o fuera del país hasta por 180 días, ya sea por trabajo o por placer. Además, ofrece ayuda antes y durante su viaje, lo que incluye:



Información sobre visas, clima y cambio de divisas, recomendaciones de vacunación, detalles específicos del país y avisos de seguridad y viaje



Reemplazo de tarjetas de crédito, pasaportes y equipaje extraviado y coordinación de dinero en efectivo en caso de emergencia



Ayuda a reemplazar medicamentos recetados o lentes correctivos perdidos y adelantar fondos para una admisión hospitalaria



Evacuación de emergencia al centro médico adecuado más cercano y repatriación médicamente necesaria al hogar del empleado, incluyendo la repatriación de restos³



Conexión con proveedores de atención médica, servicios de interpretación, abogados locales y asistencia para coordinar una fianza



Un compañero de viaje de regreso si el mismo se ve interrumpido debido a los servicios de transporte de emergencia o el retorno de hijos dependientes si no se les puede cuidar debido a una hospitalización prolongada



Asistencia para el regreso de su vehículo personal si sus servicios de transporte de emergencia lo dejan varado



Arreglos para la evacuación en caso de un desastre natural, disturbios políticos e inestabilidad social

Comuníquese con la Asistencia al viajero

800.872.1414

Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Bermudas

Resto de ubicaciones

+1.609.986.1234

Mensaje de texto:

+1.609.334.0807

Correo electrónico:

medservices@assistamerica.com

Descargue la aplicación

Aproveche al máximo la Asistencia al viajero con la aplicación Assist America Mobile.

Haga clic en uno de los siguientes enlaces o escanee el código QR para descargar la aplicación. Ingrese su número de referencia y su nombre para configurar su cuenta. Desde ahí, puede utilizar recursos valiosos de viaje, incluyendo:

- Acceso con un solo toque al Centro de operaciones de emergencia de Assist America
- Alertas de viaje en todo el mundo
- Tarjeta de identificación móvil
- Localizador de embajadas



Número de referencia:

01-AA-STD-5201



Standard Insurance Company | 1100 SW Sixth Avenue, Portland, OR 97204 | standard.com

- 1 La Asistencia al viajero se ofrece mediante un acuerdo con Assist America, Inc., y no está afiliada a The Standard. La Asistencia al viajero está sujeta a los términos y condiciones, incluyendo las exclusiones y limitaciones de la descripción del programa de Asistencia al viajero. Assist America, Inc. es la única responsable de proporcionar y administrar el servicio incluido. La Asistencia al viajero no es un producto de seguro. Este servicio solo está disponible mientras esté asegurado bajo la Póliza colectiva de The Standard.
- 2 Los cónyuges e hijos que viajan por negocios para sus empleadores no tienen derecho de participación para disfrutar de estos servicios durante esos viajes.
- 3 Los participantes son los responsables de organizar el transporte desde el lugar en el que ocurrió la lesión o enfermedad hasta el lugar en el que le proporcionarán la atención médica o evaluación y el costo relacionado con dicho transporte. Cualquier servicio de evacuación por emergencia proporcionado por Assist America, Inc debe ser organizado por Assist America, Inc.

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.

Firma Deseo tomar las decisiones indicadas en este formulario. Si elijo la cobertura, autorizo que se hagan deducciones de mi salario para cubrir mi aportación al costo del seguro, si fuera necesario. Entiendo que la cantidad de la deducción cambiará si mi cobertura o los costos cambian.

Es obligatoria la firma del miembro o empleado _____ Fecha (mes/día/año) _____

Información de los beneficiarios

- Su designación revocará toda designación previa.
- Los beneficios son pagaderos a un beneficiario secundario solo si uno o más de los beneficiarios primarios no le sobreviven.
- Si usted nombra a dos o más beneficiarios en una de las clasificaciones:
 1. Dos o más de los beneficiarios sobrevivientes recibirán partes iguales, a menos que usted indique partes desiguales.
 2. Si usted indica partes desiguales en una de las clasificaciones, y dos o más beneficiarios en dicha clasificación sobreviven, le pagaremos a cada beneficiario sobreviviente su parte del beneficio. Si usted no indica lo contrario, las partes que se le deberían otorgar a cualquier beneficiario fallecido se las pagaremos a los beneficiarios sobrevivientes. Se les pagará una cantidad proporcional basada en la relación que tenga el porcentaje o parte fraccional designada a cada uno de los beneficiarios sobrevivientes con las partes totales de todos los beneficiarios sobrevivientes.
 3. Si solo sobrevive un beneficiario de una de las clasificaciones, le pagaremos a dicho beneficiario el total del beneficio por fallecimiento.
- Si el beneficiario es un menor (una persona que no haya cumplido la mayoría de edad) o su patrimonio, podría ser necesario que un juzgado nombre a un tutor o representante legal antes de que se pueda pagar un beneficio por fallecimiento. Si el beneficiario es un fideicomiso o fideicomisario, el fideicomiso debe ser identificado por escrito en la Designación de beneficiario. Por ejemplo, “Dorothy Q. Smith, fideicomisaria bajo el acuerdo del fideicomiso con fecha _____”.
- Para hacer o cambiar una Designación de beneficiario, se debe otorgar autorización específica mediante una carta poder, según las condiciones del documento o las leyes correspondientes. Si tiene alguna pregunta, consulte con su asesor legal.
- El Seguro para Dependientes, si lo hubiera, es pagadero a usted si está vivo o según lo estipulado bajo la cobertura de su empleador según la Póliza colectiva.

Devuelva el formulario lleno a su Departamento de Recursos Humanos.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR COBERTURA

Lea el(los) aviso(s) sobre las prácticas de información en la página 4. Cuando se requiera una Evidencia de Asegurabilidad o una prueba de buena salud para solicitar la cobertura, se debe presentar un formulario individual para cada solicitante (empleado/miembro y/o cónyuge/pareja de unión civil). Llene todos los incisos, coloque la fecha y firme en el espacio que se encuentra en la parte inferior de la página 3. Guarde una copia para sus registros y envíe el original a Standard Insurance Company a la dirección indicada anteriormente.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/EMPLEADO

Nombre de grupo Colorado Employer Benefit Trust (CEBT)		N.º de grupo 643648	Marque quién está solicitando (Uno por formulario) <input type="checkbox"/> Miembro/empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja de unión civil <input type="checkbox"/> Hijo	
Nombre del empleador	Nombre del miembro/empleado		Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Fecha de contratación (mes/día/año)
Profesión	N.º de identificación de miembro/empleado		Salario	Número de Seguro Social

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante (persona a asegurar)			Dirección de correo electrónico	
Dirección de domicilio		Ciudad	Estado/provincia	Código postal
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Lugar de nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono del trabajo () Teléfono de casa ()

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

Marque el tipo de seguro y proporcione detalles sobre la cantidad de cobertura que usted está solicitando.

<input type="checkbox"/> Seguro de Vida	_____ + _____ = _____ Cantidad actual en vigencia, si la hubiera	Cantidad extra solicitada	Cantidad total solicitada
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida para Dependientes	_____ + _____ = _____ Cantidad actual en vigencia, si la hubiera	Cantidad extra solicitada	Cantidad total solicitada

INFORMACIÓN DEL MÉDICO (nombre del médico o del centro médico con registros médicos completos del solicitante: proporcione el nombre y la dirección postal completa)

Primer nombre del médico		Apellido del médico		
Nombre de la clínica			Teléfono del médico	
Dirección del médico		Ciudad	Estado/provincia	Código postal
Fecha de la última consulta				
Motivo de la última consulta				

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

PREGUNTAS SOBRE LA DECLARACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

**Marque sí o no para cada una de estas preguntas, y brinde detalles para las respuestas en las que marcó "sí".
Adjunte una hoja adicional si es necesario.**

1. ¿Ha estado ausente del trabajo durante un periodo de 5 o más días consecutivos en los últimos 2 años debido a alguna enfermedad, cirugía, lesión, afección mental o emocional?..... Sí No
2. Un profesional médico le ha tratado, diagnosticado o recetado medicamento por alguno de los siguientes motivos:
 - A. ¿Enfermedad del hígado, páncreas, riñones, úlceras, estómago, trastorno intestinal o trastorno del sistema digestivo?..... Sí No
 - B. ¿Esclerosis múltiple, epilepsia, derrame cerebral, parálisis, entumecimiento, trastorno visual, sordera u otro trastorno neurológico o muscular?..... Sí No
 - C. ¿Cáncer (malignidad o neoplasia maligna), leucemia, linfoma, anemia crónica o coagulopatía (tromboflebitis, embolia pulmonar)?..... Sí No
 - D. ¿Enfermedad cardiovascular, enfermedad del corazón, arteriosclerosis, dolor en el pecho, presión arterial alta, soplo en el corazón, trastorno valvular, circulatorio o vascular?..... Sí No
 - E. ¿Enfisema, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño u otra enfermedad pulmonar?..... Sí No
 - F. ¿Lupus, esclerodermia, vasculitis, enfermedad del tejido conectivo u otro trastorno del sistema inmunitario no relacionado con el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)..... Sí No
 - G. ¿Osteoartritis, artritis reumatoide, osteoporosis, dolor en las articulaciones, amputaciones u otra enfermedad o trastorno de los huesos, articulaciones, espalda o columna vertebral, enfermedades de artritis?..... Sí No
 - H. ¿Enfermedades endocrinas (incluyendo tiroides o suprarrenales), diabetes?..... Sí No
 - I. ¿Uso o abuso de drogas, alcohol o nicotina, o ha utilizado usted drogas, alcohol o nicotina de tal manera que haya tenido que obtener consejería, terapia o tratamiento?..... Sí No
 - J. ¿Afección psiquiátrica o mental, depresión, trastorno de adaptación, trastorno afectivo o trastorno obsesivo-compulsivo?..... Sí No
3. ¿Alguna vez un profesional médico le ha diagnosticado o recetado medicamentos para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA (CRS) o los anticuerpos del VIH?..... Sí No
4. Durante los últimos cinco años, ¿ha estado en un hospital u otra institución para observación, reposo, diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad, trastorno, afección o lesión?..... Sí No
5. ¿Tiene previsto someterse a alguna operación o consultar a un médico o profesional de la salud por una afección física o mental, enfermedad, lesión, cirugía o embarazo?..... Sí No
6. ¿Actualmente padece de algún trastorno, afección o enfermedad, o está tomando medicamentos recetados por un médico u otro profesional de la salud para un trastorno, afección (incluyendo el embarazo) o enfermedad que no sea un resfriado o una alergia que no se haya indicado anteriormente?..... Sí No

Estatura _____

Peso _____

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

DETALLES DE LAS RESPUESTAS EN LAS QUE MARCÓ “SÍ” ANTERIORMENTE

Incluya el diagnóstico, las fechas de inicio y finalización, la duración, el tipo y la frecuencia del tratamiento, la hospitalización, las visitas al médico, la causa, el área del trastorno, las secuelas, el estado agudo o crónico, la pérdida de trabajo y las operaciones.

N.º de pregunta	Diagnóstico/descripción	Mes/año	Detalles/estado actual	Médicos consultados, ciudad y estado

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN *(por favor, lea cuidadosamente).*

- Confirmando que las declaraciones incluidas en la presente, incluso aquellas hechas en respuesta a las preguntas sobre la Declaración del historial médico y cualquier información complementaria, son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y entiendo que en ellas se basa toda la cobertura que yo reciba a través de la(s) Póliza(s) colectiva(s). Entiendo que toda tergiversación u omisión de información que sea material para la emisión de cobertura puede usarse como causa de rescisión de mi seguro y/o denegación del pago de reclamación. Mientras esté pendiente mi solicitud de inscripción, acepto informar a Standard Insurance Company (The Standard) sobre cualquier cambio en mi afección médica. Acepto que, si mi solicitud es aprobada por The Standard, la fecha de entrada en vigencia de cualquier cobertura será determinada de conformidad con los términos de la(s) Póliza(s) colectiva(s); incluyendo cualquier requisito de trabajo activo pertinente. Acepto que si mi solicitud es rechazada, la responsabilidad de The Standard se limita a devolver cualquier prima que se haya pagado.
- A cualquier plan de salud, médico, proveedor de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, administrador de beneficios farmacéuticos, centro médico, compañía aseguradora o reaseguradora y a la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau (MIB, por sus siglas en inglés)), Inc., les instruyo que divulguen mi historial médico completo y cualquier otra información médica protegida que se refiera a mí a The Standard o sus reaseguradoras. Esto incluye información sobre cualquier trastorno del sistema inmunitario, incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) u otros síndromes o complejos relacionados, y cualquier trastorno o enfermedad contagiosa o de transmisión sexual. También incluye información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia.
- Con mi firma, reconozco que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización, e instruyo a cualquiera de los mencionados anteriormente a divulgar y revelar mis registros médicos completos sin restricciones.
- Entiendo que The Standard utilizará la información para determinar mi derecho de participación en la cobertura del Seguro Colectivo. Entiendo que The Standard puede divulgar información que tenga sobre mí a sus reaseguradoras y a cualquier persona que preste servicios comerciales o legales a The Standard en relación con mi solicitud. Autorizo a The Standard a divulgar la información que tenga sobre mí a la MIB con el propósito de informar al servicio de intercambio de información de la MIB, y así mismo, para que la MIB pueda auditar los informes de The Standard. Entiendo que The Standard puede divulgar información que tenga sobre mí a otras compañías de seguros a las cuales he solicitado cobertura de seguro o beneficios.
- Entiendo que la información divulgada a The Standard de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación con mi autorización, o de otra manera según lo permita o exija la ley. Las coberturas del Seguro de Vida y el Seguro por Incapacidad no están sujetas a la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, por sus siglas en inglés)), y por lo tanto, la divulgación de información a The Standard no está protegida por la Ley.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta autorización será válida durante seis meses a partir de la fecha que se encuentra en la firma en la parte de abajo. Una fotocopia o fax de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
- Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Además, entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración por escrito a The Standard, excepto en la medida en la que se haya utilizado para divulgar los registros solicitados. Entiendo que la revocación de la autorización o el hecho de no firmarla, pueden limitar la capacidad de The Standard de evaluar o tramitar mi solicitud, y podría ser la causa de que se rechace mi solicitud para la cobertura del seguro.
- Entiendo que, si mi solicitud es aprobada, las primas se pagarán de acuerdo a las cláusulas de la(s) Póliza(s) colectiva(s), y mi cobertura estará sujeta a los términos y condiciones de la(s) Póliza(s) colectiva(s) y las limitaciones del estado.
- Para el miembro/empleador: Si actualmente cuento con una designación de beneficiario para mi Seguro de Vida y/o Fideicomiso del Seguro de Vida registrada con el administrador de mi plan, entiendo que la(s) designación(es) registrada(s) también se aplicará(n) a cualquier cantidad aprobada. Si no tengo ninguna designación de beneficiario(s) registrada o deseo cambiar el nombre del (los) beneficiario(s) actual(es), me comunicaré con el administrador de mi plan.
- Entiendo que el Seguro para el Cónyuge u otro Dependiente, si los hubiera, son pagaderos al miembro/empleador si está vivo o según lo estipulado bajo los términos de la(s) Póliza(s) colectiva(s).
- Reconozco que he leído y recibido el Aviso de prácticas de información y el Aviso de fraude (si procede), y que he guardado una copia de esta Declaración del historial médico.

Firma del solicitante	Fecha
------------------------------	--------------

Aviso: Los rechazos tampoco afectan a las cantidades de emisión garantizada ni a los sujetos a la Evidencia de Asegurabilidad ni a otras coberturas vigentes con Standard Insurance Company.

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

- Para poder determinar su derecho de participación para el Seguro Colectivo, es posible que solicitemos información sobre usted a otras personas y organizaciones. Por ejemplo, podemos solicitar información a su médico u hospital, a otras compañías aseguradoras o a la MIB, Inc. (MIB), anteriormente conocida como Oficina de Información Médica. Utilizaremos la autorización que ha firmado en este formulario cuando busquemos esta información.
- MIB: La información con relación a su asegurabilidad será tratada como confidencial. Sin embargo, Standard Insurance Company o sus reaseguradoras pueden presentar un breve informe al respecto a la MIB, una organización sin fines de lucro de compañías de seguros que se encarga del intercambio de información en nombre de sus miembros. Si usted solicita a otra compañía miembro de la MIB una cobertura del Seguro médico o de vida (incluyendo el Seguro por Incapacidad de Corto Plazo y el de Largo Plazo), o si se presenta una reclamación de subsidios a dicha compañía, la MIB, mediante una solicitud previa, proporcionará a dicha compañía la información que está en su expediente.
 Cuando reciba una solicitud suya, la MIB se encargará de divulgar cualquier información que pueda tener en su expediente. Por favor, comuníquese con la MIB al 866-692-6901. Si usted cuestiona la precisión de la información contenida en el expediente de la MIB, puede comunicarse con ellos y solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informe Justo de Crédito. La dirección de la oficina de información de la MIB es: 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, Massachusetts 02184-8734.
 Standard Insurance Company puede divulgar la información de su expediente a sus reaseguradoras, y Standard Insurance Company, o sus reaseguradoras, pueden divulgar la información de su expediente a otras compañías de seguros a las que usted pueda solicitar un Seguro médico o de vida (incluyendo el Seguro por Incapacidad de Corto Plazo y el de Largo Plazo), o a las que se pueda presentar una reclamación de subsidios. Los consumidores pueden obtener información sobre la MIB en su sitio web en www.mib.com.
- DIVULGACIÓN A TERCEROS: La información recopilada sobre usted es confidencial. No divulgaremos ninguna información sobre usted sin su autorización, excepto en la medida en que sea necesario para llevar a cabo nuestros negocios o según lo exija o permita la ley.
- SUS DERECHOS: Tiene derecho a saber qué información tenemos sobre usted en nuestro expediente de suscripción del seguro. También tiene derecho a pedirnos que corrijamos cualquier información que considere incorrecta. Revisaremos cuidadosamente su solicitud y haremos los cambios que se justifiquen. Si desea obtener más información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, por favor, escribanos a Medical Underwriting, Standard Insurance Company, 900 SW Fifth Avenue, Portland, Oregon 97204 o llame al 1-800-843-7979.

AVISO DE FRAUDE

- ARKANSAS, MAINE, OHIO: Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.
- COLORADO: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.
- DISTRITO DE COLUMBIA: Es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con la reclamación.
- KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa, o que, con el propósito de engañar, oculte información sobre cualquier hecho material a tal efecto, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que constituye un delito.
- LOUISIANA, NEW MEXICO: Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social
------------------------	-------------------------

- **MARYLAND, RHODE ISLAND:** Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.
- **NEW JERSEY:** Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.
- **NEW YORK:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, o que, con el propósito de engañar, oculte información sobre cualquier hecho material a tal efecto, estará cometiendo un acto fraudulento, lo que constituye un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.
- **PENNSYLVANIA:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.
- **PUERTO RICO:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, colabore o sea cómplice en la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y, de ser hallada culpable, será sancionada por cada infracción con una multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000), que no excederá de diez mil dólares (\$10,000); o será encarcelada por un periodo determinado de tres (3) años, o ambas cosas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la pena de cárcel puede aumentar hasta un máximo de cinco (5) años; si se dan circunstancias atenuantes, la pena de cárcel puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.
- **TENNESSEE, VIRGINIA, WASHINGTON:** Es un delito presentar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a dicha compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación del seguro.

Standard Insurance Company

Durante más de 100 años, nos hemos dedicado a cumplir con nuestro objetivo principal: ayudar a las personas a alcanzar un bienestar financiero y mental. Con sede central en Portland, Oregon, The Standard es un proveedor de beneficios colectivos para empleados reconocido nacionalmente.

Para saber más sobre los productos de The Standard, comuníquese con su funcionario de beneficios o visítenos en [standard.com](https://www.standard.com).



Standard Insurance Company | [standard.com](https://www.standard.com)

The Standard es el nombre comercial de StanCorp Financial Group, Inc. y sus subsidiarias. Los productos del seguro son ofrecidos por Standard Insurance Company de 1100 SW Sixth Avenue, 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.