



Employer Group Benefits Coverage Information

Thank you for choosing The Hartford. All sections of this form must be completed and received by The Hartford within 30 days of the signature date.

Employers: Please completely fill out **Section 1 and Section 2 on this page** and forward the entire form to the employee. Refer to your Policy and employee records for this information. These records are your property and are not on file with The Hartford. An incomplete form will result in a delay in processing your employee's request for insurance.

Employees: Please completely fill out the **Applicant Information section on the 2nd page** even if you are not applying for coverage.

Section 1: Employer Details *(to be completed by Employer)*

PLEASE PRINT CLEARLY

Employer Name:	Policy Number:
Employer Mailing Address (Street, City, State, Zip Code):	
Division/Location/Subsidiary with Mailing Address <i>(if applicable)</i> :	
Benefits Contact Name (First, Last):	
Benefits Contact Email Address:	Benefits Contact Phone:

Section 2: Employee Details *(to be completed by Employer)*

PLEASE PRINT CLEARLY

Employee Name (First, MI, Last):	Employee ID:
Base Annual Earnings*	Date of Hire (mm/dd/yy):

* As described in the contract with The Hartford

Life Insurance Coverage Requested: *GI is the maximum amount of coverage as defined in the contract with The Hartford that does not require EOI.

	Current Coverage: Amount of coverage you currently have prior to completing this PHA including Guaranteed Issue (GI) if any*.	Plus (+)	Additional (New) Coverage Requested: The coverage amount above the "current coverage", that requires Evidence of Insurability (EOI)*.	Equals (=)	Total Coverage: Current Coverage plus Additional Amount equals the total coverage.
Employee Basic Life:	\$	+	\$	=	\$
Employee Supplemental or Voluntary Life:	\$	+	\$	=	\$
Spouse Basic Life:	\$	+	\$	=	\$
Spouse Supplemental or Voluntary Life:	\$	+	\$	=	\$

Child Supplemental or Voluntary Life Requested:

Check Yes if Employee is requesting Child Life coverage that is subject to EOI	☐ Yes, EOI is required	Indicate the number of Child(ren) applying: _____
--	---	--

Disability Insurance Coverage Requested:

☐ Yes, EOI is required for Short Term Disability
☐ Yes, EOI is required for Long Term Disability

Employee: First Name _____ Middle Initial _____ Last Name _____



EVIDENCE OF INSURABILITY APPLICATION

HARTFORD LIFE AND ACCIDENT INSURANCE COMPANY

One Hartford Plaza, Hartford, CT 06155

Applicant Information: please print clearly and completely.

If there are more than three Applicants, please provide the information on a separate sheet of paper.

Abbreviations: Employee = EE Spouse = SP Child = CH

	First Name	Last Name	Social Security #	Gender	Height (ft./in.)	Weight (lbs.)*	Date of Birth (mm/dd/yyyy)
Employee				☐ Male ☐ Female ☐ Other			
Spouse				☐ Male ☐ Female ☐ Other			
Child				☐ Male ☐ Female ☐ Other			

* If currently pregnant, please provide pre-pregnancy weight

Employee	Street Address		Cell Phone	
	City		Other Phone	
	State, Zip Code		Email Address	

Spouse	Street Address		Cell Phone	
	City		Other Phone	
	State, Zip Code		Email Address	

☐ Spouse's Address is the same as the Employee's

Child	Street Address		Cell Phone	
	City		Other Phone	
	State, Zip Code		Email Address	

☐ Child's Address is the same as the Employee's

The Hartford Financial Services Group, Inc. (NYSE: HIG) operates through its subsidiaries under the brand name, The Hartford®. For additional information, see www.thehartford.com.

Employee: First Name _____ Middle Initial _____ Last Name _____

Medical Information			
Each Applicant must answer each of the following questions to the best of their knowledge and belief. A Legal Guardian is required to answer each of the questions for minor children. If you have more than 1 Child, specify which Child(ren) the answer applies to on a separate sheet of paper.	EE	SP	CH
Please mark Yes/No response clearly and ensure response does not overlap in boxes.			
Within the past 5 years, have you been diagnosed with or treated by a licensed medical physician for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or an AIDS defining illness?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Are you currently pregnant?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Within the past 5 years, with the exception of a past pregnancy, have you lost time from work for more than 10 consecutive work days due to a disability, injury, or illness?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Within the past 5 years, have you used any illegal drugs or narcotics, with the exception of those taken as prescribed by your physician?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Within the past 5 years, have you been diagnosed or treated by a licensed medical professional for drug or alcohol abuse (excluding support groups)?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
In the past 5 years, have you received medical treatment or counseling by a physician or other health care provider for, or been advised by a physician or other health care provider to discontinue, the use of alcohol or non-prescribed drugs?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Within the past 5 years, have you been convicted of operating a motor vehicle while under the influence of drugs or alcohol?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Within the past 5 years, have you had a suicide attempt, or suicidal ideation?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

The Hartford Financial Services Group, Inc. (NYSE: HIG) operates through its subsidiaries under the brand name, The Hartford®. For additional information, see www.thehartford.com.

Employee: First Name _____ Middle Initial _____ Last Name _____

Within the past 5 years, have you been diagnosed with or treated by a licensed member of the medical profession for:

***Mark Yes/No response clearly and ensure response does not overlap in boxes.**

	EE	SP	CH		EE	SP	CH
Coronary Artery Disease, Heart Failure, Cardiomyopathy, Heart Enlargement, Heart Surgery or Heart Attack, Congenital Heart Defect, Abnormal Heartbeat, Heart Infection, and/or Heart Valve Disease	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	Cancer, Malignancy, Leukemia, Lymphoma, Hodgkin's' Disease, Non-Hodgkin's Disease, Blood Cancer, Myeloma, Multiple Myeloma, and/or Carcinoid (Do not check "YES" for history of Basal Cell Carcinoma) If "YES," Date of Diagnosis: _____	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
High Blood Pressure If you checked "YES" to High Blood Pressure, have you had a change in medication within the last 6 months?	☐ Yes ☐ No ☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No ☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No ☐ Yes ☐ No	Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis, Gouty Arthritis or any Disease, Injury or Surgery of Ligaments, Tendon, Cartilage or Joints including Knee, Back, Spine, Shoulder, Hip, Ankle, Elbow, and/or Hand/Wrist	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Blocked Arteries, Carotid Artery Disease, Peripheral or Cerebral Vascular Disease, Arteriosclerosis, Atherosclerosis, and/or Aneurysm	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	Chronic Fatigue Syndrome, and/or Fibromyalgia	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Brain Tumor, Stroke, Cerebral/Subarachnoid Hemorrhage, Arteriovenous Malformation, Traumatic Brain Injury (TBI), and/or Transient Ischemic attack (TIA)	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	Systemic Lupus, Connective Tissue Disease, Glomerulonephritis, Nephrotic Syndrome, Mixed Connective Tissue Disease, Scleroderma, Crest Syndrome, Sjogren's Syndrome, Cholangitis, and/or Primary Sclerosing Cholangitis	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Epilepsy	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	Pancreatitis, Cirrhosis, and/or Hepatitis (Do not check "YES" for Hepatitis A)	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) or Emphysema, Respiratory Failure, Pulmonary Fibrosis, and/or Interstitial Lung Disease	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), Multiple Sclerosis (MS), Alzheimer's Disease, Cognitive Impairment, Dementia, Parkinson's Disease, Muscular Dystrophy, and/or Paralysis	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Type 1 or 2 Diabetes (do not check "YES" for history of pregnancy related diabetes or prediabetes)	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	Major Organ Failure and/or Transplant	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Mood Disorder, Dysthymia, Adjustment Disorder, Depression, Generalized Anxiety Disorder, and/or Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	Ulcerative Colitis, Crohn's Disease, Barrett's Esophagus, and/or Esophageal Varices	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

The Hartford Financial Services Group, Inc. (NYSE: HIG) operates through its subsidiaries under the brand name, The Hartford®. For additional information, see www.thehartford.com.

Employee: First Name _____ Middle Initial _____ Last Name _____

	EE	SP	CH		EE	SP	CH
Psychotic, Personality, Bi-Polar, Schizophrenia, and/or Eating Disorder	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	Chronic Kidney Disease, Kidney Failure or Dialysis, and/or Polycystic Kidney Disease	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
Aplastic Anemia, Sickle Cell Anemia, Hemolytic Anemia, and/or Thalassemia Major	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	Glaucoma, Iritis, Scleritis, Macular Degeneration, Optic Neuritis, Retinal Detachments, Retinopathy, and/or Meniere's Disease	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Notice, Authorization, and Consent

In order to complete the evaluation of this application, Hartford Life and Accident Insurance Company ("The Company"), may contact you to ask additional questions or request additional information as authorized by you. In addition, The Company may obtain information from other sources and copies of medical records that you have authorized us to review.

I, an undersigned applicant, authorize The Company to contact me, during the evaluation of this application, through the mail, secure e-mail, or over the telephone, including voicemail, or through electronic messaging applications, at the address, or telephone number, or through other communications as identified in this application, or otherwise provided by me:

1. to clarify any information contained on this form;
2. to obtain any information missing from this form;
3. to ask additional questions of you or your physician about the information that you have provided; or
4. to request additional information including a paramedical exam.

In addition to the information that I have provided on this application, I authorize The Company to use information about me obtained from Company claim files, insurance applications, claims information, and other medical information I or my physician(s) have previously submitted to The Company. I further authorize my employer, any health or benefits plan, physician, medical professional, hospital, clinic, laboratory, pharmacy or pharmacy benefits manager, medical data reporting agency, Motor Vehicle Department, Criminal Record Authority, Background Reporting Agency, that possesses my personal health information ("PHI") or other personal information, including copies of records concerning physical or mental illness (but excluding psychotherapy notes), diagnosis, prognosis, prescription information, care or treatment provided to me (but excluding genetic testing), driving record, criminal history, or other relevant background information to furnish such PHI or other personal information to The Company or its representative.

The Company may only use information disclosed under this authorization that is relevant to underwrite this or any other insurance application to The Company during the twenty-four (24) months from the date signed below, at any time to aid in the detection of fraud, to respond to regulatory or similar complaints, and for internal research purposes.

I authorize The Company to disclose the PHI or other personal information in its files to its reinsurer(s) and affiliates, other insurance companies and their affiliates, other persons, representatives and/or organizations performing functions on behalf of the Company and their affiliates, my employer, or as required by law, including any mandated reporting to state agencies. I understand that I may request details about any of the information gathered about me that relates to this application and that such requested information and the identity of the source of the information shall be released to me or, in the case of medical information, to a licensed medical professional of my choice.

This authorization shall be valid for twenty-four (24) months from the date signed below. I understand that I am entitled to receive a copy of this authorization upon request. This authorization may be revoked upon written request to The Company, and will not remain valid beyond the date the revocation is received by The Company. I understand the revocation may be a basis for denying my insurance application, and that it does not alter The Company's right to use the application for purposes of determining misrepresentation once coverage has been issued.

I have received and read a copy of the Notice of Insurance Information Practices.

The Hartford Financial Services Group, Inc. (NYSE: HIG) operates through its subsidiaries under the brand name, The Hartford®. For additional information, see www.thehartford.com.

Employee: First Name _____ Middle Initial _____ Last Name _____

Fraud

Please read the statement that applies to your state of residence and sign this application.

For residents of AK, AZ, AR, CT, DE, GA, GU, HI, ID, IL, IN, IA, KS, LA, MA, MI, MN, MS, MO, MT, NE, NV, NH, NC, ND, OH, OK, OR, RI, SC, SD, TX, UT, VT, VI, WV, WI, or WY: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

For residents of Alabama: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

For residents of California: For your protection, California law requires the following to appear on this form: The falsity of any statement in the application for any policy shall not bar the right to recovery under the policy unless such false statement was made with actual intent to deceive or unless materially affected either the acceptance of risk or the hazard assumed by the insurer.

For residents of Colorado: It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado Division of Insurance within the Department of Regulatory Agencies.

For residents of Kentucky: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

For residents of New Mexico: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to civil fines and criminal penalties.

For residents of New York (Applicable to Accident and Health Insurance Only): Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

For residents of Pennsylvania: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

For residents of Puerto Rico: Any person who knowingly and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation with the penalty of a fine of not less than five thousand dollars (\$5,000) and not more than ten thousand dollars (\$10,000), or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. Should aggravating circumstances be present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years, if extenuating circumstances are present, it may be reduced to a minimum of two (2) years.

For residents of Virginia: ANY PERSON WHO, WITH THE INTENT TO DEFRAUD OR KNOWING THAT HE IS FACILITATING A FRAUD AGAINST AN INSURER, SUBMITS AN APPLICATION OR FILES A CLAIM CONTAINING A FALSE OR DECEPTIVE STATEMENT MAY HAVE VIOLATED STATE LAW.

The Hartford Financial Services Group, Inc. (NYSE: HIG) operates through its subsidiaries under the brand name, The Hartford®. For additional information, see www.thehartford.com.

Employee: First Name _____ Middle Initial _____ Last Name _____

For residents of Maine, Tennessee, and Washington: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

Certification

I hereby represent that I have reviewed the above questions and that all statements and answers contained herein are full, complete, and true to the best of my knowledge and belief. I agree to notify The Company in writing of any changes to my medical condition between the date I send this form and the coverage is approved.

This application will be made a part of the Policy.

_____/_____/_____ Employee Signature	_____/_____/_____ Date Signed	_____/_____/_____ Spouse Signature	_____/_____/_____ Date Signed
--	---	--	---

_____/_____/_____ Child Signature (Parent/Legal Guardian of the Child is required to sign when submitting dependent Evidence of Insurability on a minor child.)	_____/_____/_____ Date Signed
---	---

Please mail the completed **Employer Group Benefits Coverage Information page** and **Evidence of Insurability application** to:

The Hartford, Medical Underwriting

P.O. Box 2999

Hartford, CT 06104-2999

If you have any questions or concerns, please call The Hartford Customer Service Department toll-free at 1-800-331-7234, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 6:00 p.m., Eastern Time, or email us at medical.uw@hartfordlife.com.

Questions? Call 1-800-331-7234

The Hartford Financial Services Group, Inc. (NYSE: HIG) operates through its subsidiaries under the brand name, The Hartford®. For additional information, see www.thehartford.com.

Employee First Name:

Last Name:

HARTFORD LIFE AND ACCIDENT INSURANCE COMPANY

One Hartford Plaza, Hartford, CT 06155

Authorization to Disclose Protected Health Information

To Be Used To Determine Eligibility for Group Life and/or Disability Income Coverage

I have applied for insurance under a Group Life and/or Disability Policy issued by Hartford Life and Accident Insurance Company ("The Hartford"). To assess whether I am eligible for this insurance, and for the additional purposes listed below, The Hartford may require that I authorize disclosure of a copy of my Health Information. Although Group Life and Disability Income Coverage are not subject to the requirements of HIPAA, this authorization is intended to comply with the requirements under Section 164.508(c) of the Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), effective April 14, 2003.

I authorize any: health plan, physician, medical or health practitioner, counselor, therapist, hospital, clinic, other medical or medically-related facility, or other health care provider who has provided treatment, payment, or services to me or on my behalf within the last 10 years; insurance company; or reinsurance company, with which I have had coverage, and the Medical Information Bureau, Inc. (MIB), (collectively, Releasers); to disclose to The Hartford and its service providers, Health Information about me.

The Hartford and its service providers may disclose my Health Information to The Hartford's agents, employees, representatives and service providers. My Health Information means my entire medical file, including but not limited to: x-rays; photocopies of medical records, prescription information, medical histories, physical, mental or diagnostic examinations, and treatment notes, that relate to: 1) Pre-existing or current illnesses, sicknesses, disease, disabilities, disorders, accidents, injuries, or any other health conditions, 2) Confinements in hospitals, medical facilities, or medical clinics, 3) Outpatient treatment in hospitals, hospital emergency rooms, medical facilities or clinics, or by medical doctors or other health practitioners, 4) Drug use, alcohol use, mental health, HIV/AIDS or sexually transmitted disease information protected by state or Federal Law, 5) Counseling or therapy. Health information also means information on the diagnosis and treatment of mental illness, but excludes psychotherapy notes as defined by HIPAA. I understand that the MIB will only disclose my Health Information to The Hartford.

The Hartford will use my Health Information obtained pursuant to this Authorization to underwrite my request for coverage; make eligibility, risk rating, policy issuance, and enrollment determinations; obtain reinsurance; and conduct legal and business activities that relate to any coverage I have applied for with The Hartford.

By signing this Authorization, I acknowledge and agree:

- That any agreements I have made to restrict disclosure of my Health Information do not apply to this Authorization;
- That I am authorizing the Releasers to release and disclose my Health Information, as described above, without restriction. By signing this Authorization, I acknowledge that I understand the following:
- That my Health Information disclosed under this Authorization may no longer be protected by the federal privacy standards under HIPAA and may be re-disclosed without the Releasers' knowledge.
- That The Hartford only will use my Health Information to underwrite my request for coverage; make eligibility, risk rating, policy issuance, and enrollment determinations; obtain reinsurance; and conduct legal and business activities that relate to coverage I have applied for with The Hartford.
- That if 1) I refuse to sign this Authorization to release my entire medical file; or 2) if this Authorization is altered by me in any way, The Hartford may not be able to process my application for coverage.
- That, if 1) The Hartford denies my request for coverage; and 2) this denial is based, in whole or in part, on health information obtained in connection with this Authorization; The Hartford will not release this information to me unless otherwise authorized by the Releasers, including my physician or other medical professionals that disclosed such information to The Hartford unless required by law.
- That, if necessary, The Hartford will send this Authorization to Releasers authorized to release health information about me.
- That The Hartford will also provide me with written notice of Releasers to which The Hartford sends my Authorization.
- That I have a right, at anytime, to revoke this Authorization. To do so, I must send a written request directly to such Releasers. My revocation will not be effective: to the extent that action has been taken in reliance upon this authorization; or, The Hartford otherwise has the right: to contest the policy; or a claim under the policy.
- That this Authorization will expire 24 months from the effective date of my coverage or if no coverage has been issued, 24 months from the date of my signature below.
- That a photographic copy of this Authorization shall be as valid as the original.
- That I am entitled to a signed copy of this Authorization.

Applicant Name

(First, MI, Last)

Applicant Type

(Employee/Spouse)

Signature Date

(MM/DD/YYYY)

The Hartford Financial Services Group, Inc. (NYSE: HIG) operates through its subsidiaries under the brand name, The Hartford®. For additional information, see www.thehartford.com.

Employer Name:

Spanish Version



Employer Group Benefits Coverage Information

Información de Beneficios de Grupo de Cobertura del Empleador

Thank you for choosing The Hartford. All sections of this form must be completed and received by The Hartford within 30 days of the signature date.

Gracias por elegir la cobertura de seguro a través de The Hartford. Todas las secciones de este formulario deben de ser completadas y recibidas dentro de los 30 días de la fecha en la que se firmó.

Employers: Please completely fill out **Section 1 and Section 2 on this page** and forward the entire form to the employee. Refer to your Policy and employee records for this information. These records are your property and are not on file with The Hartford. An incomplete form will result in a delay in processing your employee's request for insurance.

Empleadores: Por favor completar la **Sección 1 y Sección 2 de esta página** y envíe el formulario completo al empleado. Consulte su póliza y los registros de empleados para obtener esta información. Estos registros son de su propiedad y no están archivados en The Hartford. Un formulario incompleto resultará en un retraso en el procesamiento de la solicitud de seguro de su empleado.

Employees: Please completely fill out the **Applicant Information section on the 3rd page** even if you are not applying for coverage.

Empleados: Por favor completar la sección **Información del solicitante en la 3ra página** incluso si no está solicitando cobertura.

Section 1: Employer Details (to be completed by Employer)

PLEASE PRINT CLEARLY

Sección 1: Detalles del Empleador (debe de ser completado por el empleador)

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Employer Name: Nombre del Empleador	Policy Number: Número de Póliza
Employer Mailing Address (Street, City, State, Zip Code): Dirección Postal del Empleador (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Division/Location/Subsidiary with Mailing Address (if applicable): División/Ubicación/Subsidiaria con Dirección Postal (si es aplicable)	
Benefits Contact Name (First, Last): Nombre del administrador de beneficios (Nombre y Apellido)	
Benefits Contact Email Address: Dirección de Correo Electrónico del administrador de beneficios	Benefits Contact Phone: Número teléfono del administrador de beneficios

Section 2: Employee Details (to be completed by Employer)

PLEASE PRINT CLEARLY

Sección 2: Detalles del Empleado (debe de ser completado por el Empleador)

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Employee Name (First, MI, Last): Nombre Completo del Empleado (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, y Apellido)	Employee ID: Identificación de Empleado (EE ID)
Base Annual Earnings*: *As described in the Contract with The Hartford Base de Ingresos Anuales* * Tal y como se describe en el contrato con The Hartford	Date of Hire (mm/dd/yy): Fecha de contratación (mes/día/año)

Life Insurance Coverage Requested
Cobertura de seguro de Vida Solicitado

*GI is the maximum amount of coverage as defined in the contract with The Hartford that does not require EOI.
*GI es la cantidad máxima de cobertura según se define en el contrato con The Hartford que no requiere EOI.

	Current Coverage: Amount of coverage you currently have prior to completing this PHA including Guaranteed Issue (GI) if any* Cobertura Vigente: Es la cantidad de cobertura que usted tenía antes de completar esta solicitud. También incluya el monto garantizado (GI), si hay alguno*	Plus Más (+)	Additional (New) Coverage Requested: The coverage amount above the "current coverage", that requires Evidence of Insurability (EOI)* Cobertura Adicional (Nueva) Solicitada: Es la cantidad de cobertura que está solicitando adicionalmente de la cobertura vigente, la cual se requiere una solicitud de evidencia de asegurabilidad (EOI)*	Equals Igual A (=)	Total Coverage: Current Coverage plus Additional Amount equals the total coverage Cobertura Total: La cobertura vigente más la cobertura adicional es igual a la cobertura total.
Employee Basic Life: Seguro de Vida Básico para el Empleado	\$	+	\$	=	\$
Employee Supplemental or Voluntary Life: Seguro de Vida Voluntario para el Empleado	\$	+	\$	=	\$
Spouse Basic Life: Seguro de Vida Básico para el Cónyuge	\$	+	\$	=	\$
Spouse Supplemental or Voluntary Life: Seguro de Vida Voluntario para el Cónyuge	\$	+	\$	=	\$

Child Supplemental or Voluntary Life Requested:
Cobertura de seguro de Vida Solicitado para su Hijo

Check Yes if Employee is requesting Child Life coverage that is subject to EOI Si el empleado está solicitando Seguro de Vida para su Hijo, la cual se requiere una solicitud de evidencia de asegurabilidad (EOI), marque "SI"	☐ Yes, EOI is required Sí, Se requiere Evidencia de Asegurabilidad (EOI)	Indicate the number of Child(ren) applying: Indique la cantidad de Hijos que solicitaran cobertura _____
--	--	--

Disability Insurance Coverage Requested:
Cobertura de seguro de Discapacidad Solicitada

☐ Yes, EOI is required for Short Term Disability Sí, Se requiere Evidencia de Asegurabilidad (EOI) para Discapacidad de Corto Plazo
☐ Yes, EOI is required for Long Term Disability Sí, Se requiere Evidencia de Asegurabilidad (EOI) para Discapacidad de Largo Plazo

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____



SOLICITUD CON LA PRUEBA DE ASEGURABILIDAD

HARTFORD LIFE AND ACCIDENT INSURANCE COMPANY

One Hartford Plaza, Hartford, CT 06155

Información del solicitante: **Escriba con letra clara y complete todo el formulario.**

Si los solicitantes son más de tres, proporcione sus datos en una hoja aparte.

Abreviaturas: Empleado = EE Cónyuge = CY Hijo/a = HJ

	Nombre	Apellido	Número de Seguro Social	Género	Altura (pies y pulgadas)	Peso (libras)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Empleado				☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro			
Cónyuge				☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro			
Hijo/a				☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro			

* Si está embarazada, indique su peso previo

Empleado	Dirección física (con número de apartamento)		Teléfono celular	
	Ciudad		Otro teléfono	
	Estado, código postal		Correo electrónico	

Cónyuge	Dirección física (con número de apartamento)		Teléfono celular	
	Ciudad		Otro teléfono	
	Estado, código postal		Correo electrónico	

☐ La misma que la del empleado

Hijo/a	Dirección física (con número de apartamento)		Teléfono celular	
	Ciudad		Otro teléfono	
	Estado, código postal		Correo electrónico	

☐ La misma que la del empleado

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Información de salud			
Cada solicitante debe responder todas las preguntas que se indican a continuación según su mejor saber y entender. En el caso de menores de edad, el tutor legal debe contestar todas las preguntas. Si tiene más de un hijo, en otra hoja señale a cuál de ellos corresponden las respuestas.	EE	CY	HJ
Marque Sí o No de forma clara. Cada respuesta debe ocupar solo un casillero.			
En los últimos 5 años, ¿se le diagnosticó síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o una enfermedad por tener SIDA en estado avanzado, o recibió tratamiento para alguno de esos cuadros por parte de un médico colegiado?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Está embarazada?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, y sin contar embarazos anteriores, ¿dejó de trabajar por más de 10 días laborales consecutivos a raíz de una discapacidad, lesión o enfermedad?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, ¿consumió drogas o narcóticos —sin contar los que le haya recetado el médico—?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, ¿un profesional sanitario colegiado le diagnosticó drogadicción o alcoholismo o recibió tratamiento por abuso de drogas o bebidas alcohólicas? (Los grupos de apoyo quedan exceptuados).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, recibió tratamiento médico o consejería por parte de un doctor u otro prestador sanitario a raíz del consumo de alcohol o drogas sin receta médica o le indicaron que suspendiese su uso?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, ¿lo condenaron por conducir un automotor bajo los efectos de drogas o alcohol?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
En los últimos 5 años, ¿tuvo algún intento de suicidio o ideas suicidas?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

En los últimos 5 años, ¿se le diagnosticó alguna de las enfermedades que se mencionan a continuación o un profesional de la salud colegiado lo trató por lo siguiente?

*** Marque Sí o No de forma clara. Cada respuesta debe ocupar solo un casillero.**

	EE	CY	HJ		EE	CY	HJ
Arteriopatía coronaria, insuficiencia cardíaca, miocardiopatía, cardiomegalia, cirugía de corazón o ataque al corazón, anomalía cardíaca congénita, latidos cardíacos anormales, infección cardíaca o valvulopatía.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Cáncer, tumor maligno, leucemia, linfoma, enfermedad de Hodgkin, linfoma no hodgkiniano, neoplasia hemática maligna, mieloma, mieloma múltiple o tumor carcinoide. (No marque «Sí» si tiene antecedentes de carcinoma basocelular). Si la respuesta es «Sí», indique la fecha del diagnóstico: _____	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Hipertensión. Si usted marcó que sí tiene hipertensión, ¿le cambiaron el medicamento en los últimos 6 meses?	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	Artrosis, artritis reumatoide, artropatía psoriásica, artritis gotosa o alguna enfermedad, lesión o cirugía de ligamentos, tendones, cartílagos o articulaciones de rodilla, espalda, columna, hombro, cadera, tobillo, codo, mano o muñeca.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Arterias bloqueadas, arteriopatía carotídea, enfermedad vascular periférica o cerebral, arterioesclerosis, aterosclerosis o aneurisma.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Síndrome de fatiga crónica o fibromialgia.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Tumor cerebral, ataque cerebrovascular, hemorragia intracerebral o subaracnoidea, anomalía arteriovenosa, traumatismo craneoencefálico (TCE) o ataque isquémico transitorio (AIT).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Lupus eritematoso sistémico, enfermedad que afecta al tejido conjuntivo, glomerulonefritis, síndrome nefrótico, enfermedad mixta del tejido conjuntivo, esclerodermia, síndrome CREST, síndrome de Sjögren, colangitis o colangitis esclerosante primaria.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Epilepsia.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Pancreatitis, cirrosis o hepatitis. (No marque «Sí» si se trata de Hepatitis A).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfisema, insuficiencia respiratoria, fibrosis pulmonar o enfermedad pulmonar intersticial.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Esclerosis lateral amiotrófica (ELA), esclerosis múltiple (EM), enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo, demencia, enfermedad de Parkinson, distrofia muscular o parálisis.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Diabetes tipo 1 o 2. (No marque «Sí» si tuvo diabetes gestacional o prediabetes).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Insuficiencia o trasplante de órgano principal.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

Trastorno del estado de ánimo, distimia, trastorno de adaptación, depresión, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de estrés postraumático (TEPT).	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, síndrome de Barrett o várices esofágicas.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Trastorno psicótico, de personalidad, bipolar, esquizofrénico o de la conducta alimentaria.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Enfermedad renal crónica, insuficiencia renal o diálisis o poliquistosis renal.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Anemia aplásica, anemia drepanocítica, anemia hemolítica o talasemia mayor.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	Glaucoma, iritis, escleritis, degeneración macular, neuritis óptica, desprendimientos de retina, retinopatía o enfermedad de Ménière.	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Aviso, autorización y consentimiento

Con el objeto de completar la evaluación de esta solicitud, Hartford Life and Accident Insurance Company («La Compañía») podrá comunicarse con usted para hacerle más preguntas o solicitarle información extra, de acuerdo con lo que usted autorizó. Asimismo, La Compañía podrá obtener información de otras fuentes y copias de sus historias clínicas que nos haya autorizado a revisar.

Yo, el solicitante que suscribe, autorizo a que La Compañía, durante la evaluación de esta solicitud, me contacte por correo postal, correo electrónico seguro, teléfono (como por ejemplo: por mensaje de voz) o aplicaciones de mensajería electrónica, a la dirección, al número telefónico, o por otras vías de comunicación que se indiquen en la solicitud, o que yo haya brindado por otro medio, por los siguiente motivos:

1. para aclarar cierta información que conste en el formulario;
2. para obtener información que falte en el formulario;
3. para hacerme más preguntas a mí o a mi médico sobre la información que he proveído; o
4. para solicitar más información, como por ejemplo, un examen paramédico.

Además de la información que suministré en esta solicitud, autorizo a La Compañía a que use los datos que obtenga sobre mí persona a partir de expedientes sobre reclamos, solicitudes de seguros, datos de reclamos y demás información de salud que mi/s doctor/es o yo hayamos enviado a La Compañía en ocasiones anteriores. Asimismo, autorizo a mi empleador, planes de salud o beneficios, médicos, profesionales de la salud, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias o gestores de prestaciones farmacéuticas, agencias de informes de datos médicos, Departamento del Automotor, autoridad con competencia en antecedentes penales, agencia de informes de antecedentes, que poseen mi información de salud protegida («PHI» por sus siglas en inglés) u otra información personal, como copias de registros sobre enfermedades físicas o mentales (a excepción de las notas de psicoterapia), diagnósticos, pronósticos, información de recetas médicas, atención o tratamiento que haya recibido (a excepción de pruebas genéticas), registro de conducción, antecedentes penales y otros relevantes a que entreguen dicha PHI u otra información personal a La Compañía o a su representante.

La Compañía solo podrá usar la información que se le comunique en virtud de la presente siempre que sea relevante para suscribir esta solicitud de seguros u otra durante los veinticuatro (24) meses posteriores a la fecha de la firma, cuando sea preciso para colaborar en detectar un caso de fraude, para contestar reclamos en materia reglamentaria o de índole similar o para llevar a cabo investigaciones internas.

Autorizo a La Compañía a comunicar la PHI y demás información personal que obre en sus archivos a sus reaseguradoras y afiliados, otras empresas de seguros y sus afiliados, otras personas, representantes u organizaciones que cumplan funciones en nombre de La Compañía y sus afiliados, mi empleador, o según se disponga por ley, incluyendo reportes bajo mandato para las agencias estatales. Entiendo que puedo solicitar que se me den detalles de la información recopilada sobre mí en relación con esta solicitud, la cual se me deberá entregar, junto con la identidad de la fuente de la información; en caso de que se trate de información de salud, se le proporcionará al profesional sanitario colegiado que yo elija.

La presente autorización tendrá una validez de veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de la firma que se exhibe más adelante. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, previa solicitud. Esta autorización podrá anularse mediante un pedido por escrito a La Compañía, con lo cual la autorización no permanecerá en vigor con posterioridad a la fecha en la que se reciba el pedido de invalidación. Entiendo que anularla puede ser fundamento para que se rechace mi solicitud para obtener el seguro y que ello no altera el derecho que tiene La Compañía a utilizar la petición a fin de establecer si hubo tergiversaciones una vez emitida la cobertura.

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

Recibí y leí una copia del Aviso sobre las prácticas con respecto a la información del seguro.

Fraude

Lea el comunicado que corresponde a su estado de residencia y firme la solicitud.

Para los residentes de Alaska, Arizona, Arkansas, Connecticut, Delaware, Georgia, Guam, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Luisiana, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misisipi, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo Hampshire, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Islas Vírgenes, Virginia Occidental, Wisconsin y Wyoming: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo que contenga información falsa o fraudulenta para percibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que deliberadamente suministre información falsa en una solicitud para obtener un seguro, es culpable de cometer un delito y puede quedar sujeta al pago de multas y encarcelamiento.

Para los residentes de Alabama: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo que contenga información falsa o fraudulenta para percibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que deliberadamente suministre información falsa en una solicitud para obtener un seguro, es culpable de cometer un delito y puede quedar sujeta al pago de multas resarcitorias, encarcelamiento o ambas acciones.

Para los residentes de California: Para protegerlo, en la ley de California se exige que conste el siguiente aviso en este formulario: La falsedad de la información en la solicitud de una póliza no prohibirá el derecho de recuperación en el marco de esta póliza, excepto que con tales datos falsos se haya tenido la real intención de engañar, o si tuvo un impacto considerable en la aceptación del riesgo o los peligros que asumió la aseguradora.

Para los residentes de Colorado: Es ilegal proveer, deliberadamente, información o datos falsos, incompletos o deshonestos a una compañía de seguros con la intención de estafarla o tratar de defraudarla. Entre las sanciones se encuentran las siguientes: encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o cualquiera de sus agentes que, deliberadamente, provea información o datos falsos, incompletos o deshonestos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de estafarlo o tratar de defraudarlo en relación con el pago de una liquidación o indemnización del seguro serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado, que forma parte del Departamento de Agencias Reguladoras.

Para los residentes de Kentucky: Toda persona que, conscientemente y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para obtener un seguro que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con un propósito deshonesto, información que tenga que ver con tales hechos sustanciales, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo cual es considerado un delito.

Para los residentes de Nuevo México: Toda persona que, conscientemente, presente un reclamo falso o deshonesto para el pago de una pérdida o un beneficio, o que conscientemente presente información falsa en una solicitud para obtener un seguro, es culpable de un delito y puede quedar sujeta al pago de multas administrativas y sanciones penales.

Para los residentes de Nueva York (únicamente para el seguro médico y por accidente): Toda persona que, conscientemente y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para obtener un seguro o una demanda que contenga información esencialmente falsa, o que oculte, con un propósito deshonesto, información que tenga que ver con tales hechos sustanciales, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo cual es considerado un delito y, además, quedará sujeta al pago de sanciones civiles por un importe máximo de cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.

Para los residentes de Pensilvania: Toda persona que, conscientemente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para obtener un seguro o una demanda que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con un propósito deshonesto, información que tenga que ver con tales hechos sustanciales, comete un acto fraudulento en contra del seguro, lo cual es considerado un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

Para los residentes de Puerto Rico: Toda persona que, conscientemente y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud para obtener un seguro, o proporcione, ayude, o haga que se presente un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida u otro beneficio, o que presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave, y al ser encontrada culpable, será sancionada por cada violación con una multa no menor a cinco mil dólares (\$5,000) y no mayor a diez mil dólares (\$10,000), o encarcelamiento por un tiempo establecido de tres (3) años, o ambas sanciones. Si hubiese circunstancias agravantes, el tiempo de encarcelamiento pautado puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; por el contrario, si hubiese circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

Para los residentes de Virginia: TODA PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, O QUE ES CONSCIENTE DE QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O INGRESE UN RECLAMO CON INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA PUEDE ESTAR INFRINGIENDO LA LEY ESTATAL.

Para los residentes de Maine, Tennessee, y Washington: Es un delito proveer, deliberadamente, información falsa, incompleta o deshonestas a una compañía de seguros con la intención de defraudarla. Entre las sanciones se encuentran: encarcelamiento, multas y la negación de los beneficios por parte del seguro.

Certificación

Por la presente constato que leí las preguntas antedichas y que todas las afirmaciones y respuestas que aquí se presentan están completas y son verdaderas según mi mejor saber y entender. Me comprometo a avisarle a La Compañía por escrito si hubiese algún cambio en mi cuadro de salud entre la fecha en la que se envíe el presente formulario y la fecha en la que se apruebe la cobertura.

Esta solicitud formará parte de la póliza.

_____	____/____/____	_____	____/____/____
Firma del empleado	Fecha de la firma	Firma del cónyuge	Fecha de la firma

_____	____/____/____
Firma del hijo	Fecha de la firma
(El padre, la madre o el tutor legal debe firmar si presenta prueba de asegurabilidad para un hijo menor de edad dependiente).	

Envíe la **página con la información sobre la cobertura de los beneficios colectivos del empleador** y la **solicitud con la prueba de asegurabilidad** completas a la siguiente dirección:

The Hartford, Medical Underwriting
P.O. Box 2999
Hartford, CT 06104-2999

Si tiene alguna pregunta o duda, comuníquese sin costo con el Departamento de Atención al Cliente de The Hartford al 1-800-331-7234 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este, o envíenos un correo electrónico a medical.uw@hartfordlife.com.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-800-331-7234

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Empleado: Nombre _____ Inicial 2.º nombre _____ Apellido _____

DISCLOSURE: The English language version is the official version of the application. The Spanish language version is for informational purposes only.

NOTA ACLARATORIA: El documento oficial de la solicitud es el que está en inglés. La versión en español se brinda solo a efectos informativos.

Each answer provided in Spanish to a Spanish question will serve to be the answer to the corresponding English question and your signature on the Spanish version will be effective for the English version.

Las respuestas que se den en español a las preguntas en ese idioma se usarán como contestación de las mismas preguntas en inglés, y la firma en la traducción será válida para el original en inglés.

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York NYSE: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com.

Nombre del empleado: _____

Apellido: _____

HARTFORD LIFE AND ACCIDENT INSURANCE COMPANY

One Hartford Plaza, Hartford, CT 06155

Autorización para divulgar información de salud protegida

para determinar la elegibilidad de cobertura con el seguro colectivo de vida y/o de ingresos por discapacidad

Solicite la póliza del seguro colectivo de vida y/o por discapacidad que emite Hartford Life and Accident Insurance Company («The Hartford»). Con el propósito de evaluar si soy elegible para obtener el seguro de vida y para los fines adicionales que se enumeran abajo, The Hartford puede solicitar que yo autorice la divulgación de una copia de la información de mi salud. Aunque la cobertura del seguro colectivo de vida y/o de ingresos por discapacidad no está alcanzada por los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico («HIPAA») de 1996, se solicita la presente autorización para cumplir con las exigencias de la sección 164.508(c) de las Normas para la Privacidad de la Información Sanitaria Individual plasmadas en la ley antedicha, en vigencia desde el 14 de abril de 2003.

Yo Autorizo a cualquier: plan de salud, médico o profesional de la salud, consejero, terapeuta, hospital, clínica u otros establecimientos médicos que haya proveído tratamiento, pago o servicios a mí nombre en los últimos 10 años; a las compañías aseguradoras o reaseguradoras que me hayan brindado cobertura; y a Medical Information Bureau (Oficina de Información de Salud, MIB por sus siglas en inglés) (en adelante «los cedentes») a que entreguen mi información de salud a The Hartford y sus prestadores de servicios.

The Hartford y sus proveedores de servicios pueden divulgar mi información de salud a sus agentes, empleados, representantes y proveedores de servicios. Mi información de salud significa mi expediente médico completo, lo cual incluye, por ejemplo: radiografías, copias de mis registros de salud, información de recetas médicas, historias clínicas, exámenes físicos, mentales o diagnósticos y notas de tratamientos relacionados con lo siguiente: 1) enfermedades preexistentes o vigente, dolencias, afecciones, discapacidades, trastornos, accidentes, lesiones. 2) internaciones en hospitales, establecimientos sanitarios o clínicas; 3) tratamientos ambulatorios en hospitales, salas de emergencia, establecimientos sanitarios o clínicas, así como los recibidos por parte de doctores u otros prestadores sanitarios; 4) información sobre consumo de drogas, alcoholismo, salud mental, VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual protegida por la legislación estatal o federal; 5) apoyo psicológico o terapia. La información de salud también abarca aquella sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, aunque se excluyen las notas de psicoterapia, de acuerdo con lo establecido en la HIPAA. Entiendo que MIB solo la entregará a The Hartford.

The Hartford utilizará la información de salud que obtenga en virtud de esta autorización para suscribir mi solicitud de cobertura; tomar decisiones sobre mi elegibilidad, calificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción; obtener reaseguros; y llevar adelante actividades legales y comerciales en torno a la cobertura que haya solicitado a The Hartford.

Al firmar esta Autorización, reconozco y acepto:

- Que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir la divulgación de mi información de Salud no se aplique a esta Autorización;
- Que estoy autorizando para que los cedentes entreguen y den a conocer mi información de salud, según se indica en párrafos anteriores, sin restricción alguna. Con mi firma, dejo asentado que entiendo lo siguiente:
- Que la información médica que se entregue en virtud de esta autorización dejará de estar protegida por las normas federales para la privacidad de la HIPAA y podrá volver a divulgarse sin que lo sepan los cedentes.
- Que The Hartford solo usará mi información de salud para suscribir mi solicitud para obtener la cobertura; tomar decisiones sobre mi elegibilidad, calificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción; obtener reaseguros; y llevar a cabo actividades legales y comerciales en torno a la cobertura que he solicitado ante The Hartford.
- Que 1) si me niego a firmar esta autorización para que se entregue mi expediente médico completo; o 2) si altero este documento de forma alguna, es posible que The Hartford no pueda procesar mi solicitud para obtener la cobertura.
- Que 1) si The Hartford rechaza mi solicitud para de cobertura y 2) esta denegación se sustenta total o parcialmente en la información de salud que se haya obtenido a partir de la presente autorización, The Hartford no me divulgará tal información, excepto que los cedentes así lo permitan, incluyendo mi médico u otros médicos profesionales que divulgaron dicha información a The Hartford, salvo que la ley disponga lo contrario.
- Que, si es necesario, The Hartford enviará esta autorización a los cedentes que tengan permitido entregar información de salud sobre mi persona.
- Que The Hartford me entregará un aviso por escrito de aquellos cedentes a los que le envíe esta autorización.
- Que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento. Para ello, deberé enviar una solicitud escrita directamente a los cedentes. Mi nulidad no será efectiva: a la medida en que se hayan tomado acciones en relación con dicha Autorización; o, The Hartford tiene derecho: a impugnar la póliza; o un reclamo presentado bajo la póliza.
- Que esta autorización se vencerá al cumplirse 24 meses desde la fecha de vigencia de la cobertura; o en el caso de que no se emita el seguro, esta quedará sin efecto a los 24 meses desde la fecha en que haya firmado el presente documento.
- Que una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original.
- Que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.

Nombre del solicitante: _____
(nombre, inicial del segundo nombre y apellido)

Tipo de solicitante: _____
(empleado/cónyuge)

Fecha de la firma: _____
(MM/DD/AAAA)

The Hartford Financial Services Group, Inc. (Bolsa de Valores de Nueva York [NYSE]: HIG) opera mediante sus subsidiarias con el nombre comercial The Hartford®. Para obtener más información, ingrese a www.thehartford.com. Nombre del empleador:
