

INSTRUCCIONES

PARA EL FORMULARIO DE **DECLARACIÓN DE SALUD** Y EL FORMULARIO DE **AUTORIZACIÓN** QUE SIGUE ESTA SECCIÓN

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA RESPONSABLE DE MANTENER LOS REGISTROS

(La Persona Responsable de Mantener los Registros puede ser un Cliente del Grupo, un Administrador Externo o MetLife).

1. Complete la Información de Cliente del Grupo e Información de Seguro en el Formulario de Declaración de Salud.
2. Entregue los formularios al Empleado.

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO

1. Complete su nombre y número del Seguro Social en el formulario de Declaración de Salud. El Nombre del Empleado y su Número de Seguro Social deben aparecer en el formulario.
2. Entregue los formularios al Asegurado Propuesto para completarlos y enviarlos a MetLife.

INSTRUCCIONES PARA EL ASEGURADO PROPUESTO (El Asegurado propuesto es la persona para la cual se está solicitando el seguro. El Asegurado Propuesto puede ser el Empleado, el Cónyuge del Empleado o los Hijos del Empleado). Se debe completar un formulario de Declaración de Seguro individual por cada Asegurado Propuesto. Basado en el formulario de inscripción enviado por el Empleado, se requiere un formulario de Declaración de Salud para completar la solicitud del empleado para su cobertura de seguro de grupo, el Asegurado Propuesto.

1. Si la Sección de Información del Asegurado no está completa, obtenga la información antes de finalizar el formulario. Comuníquese con su Empleador/Administrador de Beneficios si no se indicaron los montos del Seguro de Vida o para confirmarlos.

2. Complete el formulario de Declaración de Salud y firme donde se indica con una flecha.

3. Firme el formulario de Autorización donde se indica con una flecha.

4. Después de terminar, haga una copia de ambos formularios completos para su registro y envíe por FAX, CORREO POSTAL o CORREO ELECTRÓNICO los formularios originales a la dirección que se encuentra a la derecha. Los formularios enviados por Correo Electrónico deben imprimirse y firmarse antes de ser escaneados y enviados.

Si tiene consultas, llame a MetLife al 1-800-638-6420, presione la opción 1 (Unidad de Declaración de Salud) o envíenos un correo electrónico a eoim@metlifeservice.com.

Metropolitan Life Insurance Company
Unidad de Declaración de Salud
P.O. Box 14069
Lexington, KY 40512-4069
FAX: 1-859-225-7909

Correo Electrónico para Enviar
Formularios Completos:
SOHSubmissions@metlife.com

Correo Electrónico para Consultas:
eoim@metlifeservice.com

Nota: Es posible que se requiera información médica adicional después de la revisión inicial de MetLife de un formulario de Declaración de Salud completo. La información adicional solicitada puede ser un examen físico, examen paramédico o un Informe del Médico Tratante. MetLife o nuestro proveedor aprobado enviará la correspondencia en el término de diez días. Los formularios incompletos le serán devueltos para que los complete.

Algunos servicios relacionados con su formulario de Declaración de Salud podrían ser realizados por nuestro afiliado, MetLife Global Operations Support Center Private Limited. Este acuerdo de servicio no altera de ninguna forma las obligaciones de Metropolitan Life Insurance Company para con usted. Los servicios no serán realizados por nuestro afiliado si está prohibido por la ley estatal o local o por mutuo acuerdo con el Cliente del Grupo.

MetLife

Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY 10166

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD

Este formulario de inscripción es una traducción del formulario en Inglés. En caso de discrepancias entre la versión traducida y el formulario en Inglés, prevalecerá este último.

INFORMACIÓN DE CLIENTES DEL GRUPO

(Debe ser Completada por la Persona Encargada de Mantener los Registros)

Nombre del Cliente/Empleador/Asociación del Grupo Presidente y Miembros de la Universidad de Harvard		N.º de Cliente del Grupo 109929	N.º de Ubicación del Informe
Dirección Postal 114 Mount Auburn Street, 4th Floor	Ciudad Cambridge	Estado MA	Código Postal 02138

INFORMACIÓN DE SEGURO

(Para ser Completado por la Persona Responsable de Mantener los Registros)

Año de Inscripción

Seguro de Vida a Término

- Seguro de Vida Complementario/Opcional: Indique el monto sujeto a la suscripción médica \$ _____
- Seguro de Vida para Cónyuges¹ a Cargo: Indique el monto sujeto a la suscripción médica \$25.000 \$50.000 \$75.000 \$100.000

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (Para ser Completada por el Empleado)

Nombre del Empleado (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	N.º de Seguro Social del Empleado
--	-----------------------------------

SU INFORMACIÓN (Para ser Completada por el Asegurado Propuesto)

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		Relación con el Empleado <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal		
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Teléfono en Horario Diurno	Número de Teléfono del Domicilio	Dirección de Correo Electrónico		

¹ Para los residentes de los estados de Vermont y Washington, el Cónyuge incluye su Pareja de Hecho registrada si usted y si Pareja de Hecho se registran como parejas de hecho, parejas de unión civil o beneficiarios recíprocos con una agencia u oficina gubernamental donde está disponible este registro.

GEF02-1

ADM

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formulario **GEF09-1-Spanish** aplica a los residentes de Montana; y

GEF02-1-Spanish

ADM aplica a los residentes de Dakota del Norte)

GEF02-1

ADM se aplica a residentes de Connecticut y Utah)

Complete todas las secciones de este formulario. Los formularios incompletos serán devueltos.

**Presidente y Miembros de la Universidad de Harvard
SOH-XDP100M-NW-Spanish (08/17)**

INFORMACIÓN DE SALUD

SECCIÓN 1

Complete todas las preguntas a continuación. La información omitida provocará retrasos. En esta sección, "usted" se refiere a la persona para la cual se está solicitando el seguro. La Información de Salud es requerida solo para el Asegurado Propuesto. Para las preguntas 5 a la 11u, en las respuestas "sí", indique los detalles completos en la Sección 2.

Su nombre _____ Nombre del Empleado _____
 Número de Identificación/Seguro Social del Empleado _____

1. Su altura ___ pies ___ pulgadas Su peso ___ libras		
2. ¿Se encuentra realizando una dieta recetada por un médico u otro profesional de la salud? Si la respuesta es "sí", indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Está embarazada? Si la respuesta es "sí", ¿cuál es su fecha de parto (mes/día/año)? _____ Si la respuesta es "sí", indique el Nombre del Médico _____ Teléfono: (____) _____ - _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Consume actualmente, o ha consumido en los últimos 2 años, tabaco en cualquiera de sus formas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En los últimos 5 años, ¿ha recibido tratamiento u orientación médica por parte de un médico u otro profesional de la salud, o ha sido aconsejado por un médico u otro profesional de la salud para discontinuar el uso de alcohol o medicamentos recetados o no recetados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En los últimos 5 años, ¿ha sido condenado por conducir intoxicado o bajo la influencia del alcohol o cualquier droga? Si la respuesta es "sí", especifique la fecha de condena(s) (mes/día/año) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna de sus solicitudes de seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento o discapacidad ha sido <input type="checkbox"/> rechazada <input type="checkbox"/> pospuesta <input type="checkbox"/> retirada <input type="checkbox"/> calificada <input type="checkbox"/> modificada o <input type="checkbox"/> emitida de forma diferente a como la envió? Indique la razón _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Está actualmente recibiendo o solicitando algún beneficio por discapacidad, incluida una compensación para trabajadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha estado Hospitalizado tal como se define a continuación (sin incluir el parto de un bebé sano) en los últimos 90 días? Hospitalizado significa el ingreso para recibir cuidado dentro de un hospital; la recepción de cuidado en un hospicio, una institución de cuidados intermedios o a largo plazo; o la recepción de los tratamientos que se mencionan a continuación: quimioterapia, radioterapia o diálisis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Para los residentes de todos los estados, excepto CTA., responda las siguientes preguntas: ¿Ha sido diagnosticado o tratado por un médico u otro profesional de la salud por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con SIDA (CRS) o la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? Para los residentes de CT, responda las siguientes preguntas: Según su leal saber y entender, ¿ha sido diagnosticado o tratado por un médico u otro profesional de la salud por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado con SIDA (CRS) o la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado, tratado o recibido orientación médica por un médico u otro profesional de la salud por:		
a. trastorno cardiovascular o cardíaco? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. trastorno circulatorio o derrame? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. cáncer, enfermedad de Hodgkin, linfoma o tumores? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. anemia, leucemia u otro trastorno de la sangre? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. diabetes? ¿A qué edad fue diagnosticado? _____ <input type="checkbox"/> Marque si recibe tratamiento con insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema u otra enfermedad pulmonar? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. úlceras, trastornos estomacales, hepatitis u otros trastornos del hígado? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. colitis, enfermedad de Crohn, diverticulitis u otro trastorno intestinal? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. pérdida de memoria? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. epilepsia, parálisis, convulsiones, vértigo u otro trastorno neurológico? Especifique la fecha de la última convulsión (mes/año) _____ Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. virus de Epstein-Barr, síndrome de fatiga crónica o fibromialgia? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. esclerosis múltiple, ELA o distrofia muscular? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. lupus, esclerodermia, enfermedad autoinmune o trastorno del tejido conjuntivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. artritis? <input type="checkbox"/> osteoartritis <input type="checkbox"/> reumatoide <input type="checkbox"/> otro/tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. dolor de espalda, cuello, rodilla, espinal, articulaciones u otro trastorno musculoesquelético? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. síndrome del túnel carpiano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. trastorno renal, de las vías urinarias o de la próstata? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. enfermedad de tiroides u otro trastorno glandular? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. trastorno mental, ansiedad, depresión, intento suicida u otro trastorno nervioso? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. apnea del sueño? Indique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Después de completar la Información de Medicamentos Recetados y del Médico Personal en la siguiente página, indique sus detalles completos en la Sección 2 para las respuestas "sí" a las preguntas 5 a 11u.

GEF09-1

HEA

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formulario GEF09-1-Spanish aplica a los residentes de Montana; y GEF09-1-Spanish

HEA aplica a los residentes de Dakota del Norte)

GEF09-1

HEA aplica a los residentes de Connecticut y Utah)

Complete todas las secciones de este formulario. Los formularios incompletos serán devueltos.

Presidente y miembros de la Universidad de Harvard

Información del Médico Personal	
Nombre del Médico Personal: _____	
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal): _____	Teléfono: (____) _____ - _____
Fecha de la última visita (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / _____	Motivo de la visita: _____

Información sobre Medicamentos Recetados	
¿Actualmente utiliza algún medicamento recetado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, enumere los medicamentos.
Medicamento: _____	Condición/Diagnóstico: _____
Nombre del Médico que Receta los Medicamentos: _____	Teléfono: (____) _____ - _____
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal): _____	
Medicamento: _____	Condición/Diagnóstico: _____
Nombre del Médico que Receta los Medicamentos: _____	Teléfono: (____) _____ - _____
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal): _____	
<input type="checkbox"/> Marque aquí si está adjuntando otra hoja de medicamentos adicionales.	

SECCIÓN 2
Indique los detalles completos a continuación por cada respuesta "Sí" a las preguntas 5 a la 11u de la Sección 1. Si necesita más espacio para brindar más detalles, adjunte una hoja separada con la información, fírmela e indique la fecha. Pueden haber demoras en el procesamiento de su solicitud si no se indican los detalles completos. MetLife podría ponerse en contacto con usted para obtener información adicional o faltante. <input type="checkbox"/> Marque si está adjuntando otra hoja.

Su nombre _____	Nombre del Empleado _____
Su Fecha de Nacimiento ____ / ____ / _____	

Número de Pregunta	Condición/Diagnóstico	Enumere los medicamentos recetados que aún no ha identificado en la Información de Medicamentos Recetados más arriba.
Fecha del Diagnóstico (Mes/Año)	Fecha del Último Tratamiento (Mes/Año)	Tipo de Tratamiento
Profesional de la Salud Tratante		
Nombre del Médico: _____		
Fecha de la última visita: _____ Motivo de la visita: _____		
Dirección _____		
Calle	Ciudad	Estado
Teléfono: (____) _____ - _____		Código Postal

Número de Pregunta	Condición/Diagnóstico	Enumere los medicamentos recetados que aún no ha identificado en la Información de Medicamentos Recetados más arriba.
Fecha del Diagnóstico (Mes/Año)	Fecha del Último Tratamiento (Mes/Año)	Tipo de Tratamiento
Profesional de la Salud Tratante		
Nombre del Médico: _____		
Fecha de la última visita: _____ Motivo de la visita: _____		
Dirección _____		
Calle	Ciudad	Estado
Teléfono: (____) _____ - _____		Código Postal

GEF09-1
HEA
(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formulario GEF09-1-Spanish aplica a los residentes de Montana; y
GEF09-1-Spanish
HEA aplica a los residentes de Dakota del Norte)
GEF09-1
HEA aplica a los residentes de Connecticut y Utah)

Complete todas las secciones de este formulario. Los formularios incompletos serán devueltos.

Número de Pregunta	Condición/Diagnóstico	Enumere los medicamentos recetados que aún no ha identificado en la Información de Medicamentos Recetados más arriba.		
Fecha del Diagnóstico (Mes/Año)	Fecha del Último Tratamiento (Mes/Año)	Tipo de Tratamiento		
Profesional de la Salud Tratante				
Nombre del Médico: _____				
Fecha de la última visita: _____ Motivo de la visita: _____				
Dirección				
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono: () -				

GEF09-1

HEA

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formulario **GEF09-1-Spanish** aplica a los residentes de Montana; y

GEF09-1-Spanish

HEA aplica a los residentes de Dakota del Norte)

GEF09-1

HEA aplica a los residentes de Connecticut y Utah)

ADVERTENCIAS DE FRAUDE

Antes de firmar este formulario de Declaración de Salud, lea la advertencia para el estado donde reside y para el estado donde se emitió el contrato mediante el cual está solicitando cobertura.

Alabama, Arkansas, Distrito de Columbia, Luisiana, Massachusetts, Nuevo México, Ohio, Rhode Island y Virginia Occidental: Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para recibir un pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Colorado: Es ilegal suministrar a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Toda situación relativa a una compañía o a un agente de seguros de una compañía de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o engañosa a un asegurado o demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al asegurado o demandante con respecto a una liquidación o indemnización a pagar a partir de los beneficios de la cobertura de seguro deberá ser informada a la División de Seguros perteneciente al Departamento de Agencias Regulatorias, ambas de Colorado.

Florida: Toda persona que a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros presente una declaración de reclamo o una solicitud que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

Kansas y Oregón: Toda persona que a sabiendas presenta una declaración materialmente falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y puede estar sujeta a las sanciones de la ley estatal.

Kentucky: Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud de seguro que contiene información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material en ella, comete un fraude al seguro, lo cual es un delito.

Maine, Tennessee y Washington: Es un delito suministrar a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones podrían incluir encarcelación, multas o la denegación de los beneficios de seguro.

Maryland: Toda persona que a sabiendas o intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir un pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nueva Jersey: Toda persona que presente una solicitud que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva York (solo aplica para los Beneficios por Accidente y de Salud): Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material en ella, comete un acto de fraude al seguro, lo cual es un delito, y debe estar también sujeto a una sanción penal que no debe exceder los cinco mil dólares y el valor indicado del reclamo para dicha violación.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas, y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente alguna demanda para el procedimiento de una póliza de seguro que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Puerto Rico: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, incluye información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o sea cómplice de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida o de otro beneficio, o presente más de un reclamo para la misma pérdida o daño, comete un delito. Además, si es culpable debe ser castigada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5.000), sin exceder los diez mil dólares (\$10.000), o ser encarcelada por un término fijo de tres (3) años o ambas cosas. Si existen circunstancias agravantes, el periodo fijo de prisión puede aumentar hasta un máximo de cinco (5) años y, en caso de circunstancias atenuantes, el periodo de prisión se puede reducir hasta un mínimo de dos (2) años.

GEF09-1

FW

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formulario **GEF09-1-Spanish** aplica a los residentes de Montana; y

GEF09-1-Spanish

FW se aplica a residentes de Dakota del Norte)

GEF09-1

FW aplica a los residentes de Connecticut y Utah)

Complete todas las secciones de este formulario. Los formularios incompletos serán devueltos.

Vermont: Toda persona que a sabiendas presente una declaración falsa en una solicitud de seguro podría ser culpable de un delito penal y estar sujeta a las sanciones conforme a la ley estatal.

Virginia: Toda persona que, con la intención de estafar o con conocimiento de que facilita un fraude contra una aseguradora, envía una solicitud o presenta una demanda que contiene una declaración engañosa o falsa puede haber infringido la ley estatal.

Pensilvania y el resto de los estados: Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguros o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte a los fines de engañar, información respecto de cualquier hecho material comete un fraude al seguro, lo cual es un delito, y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

GEF09-1

FW

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formulario **GEF09-1-Spanish** aplica a los residentes de Montana; y

GEF09-1-Spanish

FW se aplica a residentes de Dakota del Norte)

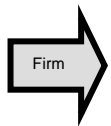
GEF09-1

FW aplica a los residentes de Connecticut y Utah)

DECLARACIONES Y FIRMAS

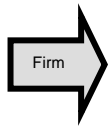
Al firmar a continuación, ratifico que:

1. He leído este formulario de Declaración de Salud y declaro que toda la información que he suministrado, incluida cualquier información de salud, es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Comprendo que esta información será utilizada por MetLife para determinar la asegurabilidad.
2. He leído las Advertencias de Fraude aplicables que se suministran en este formulario de Declaración de Salud.



_____	_____	_____
Firma del Asegurado Propuesto	Nombre en Letra de Imprenta	Fecha de Firma (MM/DD/AAAA)

Si un hijo propuesto para ser asegurado tiene 18 años o más, este debe firmar la Declaración de Salud. Si el hijo es menor de 18 años, un Representante Personal del niño debe firmar **e indicar la relación legal entre el Representante Personal y el Asegurado Propuesto**. Un Representante Personal para el hijo es la persona que tiene el derecho de controlar la atención de salud de este, por lo general, un padre, tutor legal o una persona designada por un tribunal.



_____	_____	_____
Firma del Representante Personal	Nombre en Letra de Imprenta	Fecha de Firma (MM/DD/AAAA)

Relación del Representante Personal		

GEF09-1

DEC

(El número de formulario anterior aplica a los residentes de todos los estados, excepto los siguientes: El número de formulario **GEF09-1-Spanish** aplica a los residentes de Montana; y

GEF09-1-Spanish

DEC aplica a los residentes de Dakota del Norte)

GEF09-1

DEC aplica a los residentes de Connecticut y Utah)

Complete todas las secciones de este formulario. Los formularios incompletos serán devueltos.

Presidente y miembros de la Universidad de Harvard

AUTORIZACIÓN

METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY

Esta Autorización está relacionada con una inscripción en un seguro de grupo y la información requerida para fines de reclamación y suscripción para el asegurado(s) propuesto(s) (“empleado”, cónyuge o cualquier otra persona nombrada a continuación). La suscripción significa la clasificación de las personas conforme a la determinación de asegurabilidad o tasas, sobre la base de los informes de salud de los médicos, el historial de medicamentos recetados, los resultados de los exámenes de laboratorio y otros factores. A pesar de cualquier restricción anterior respecto a la información, los registros o los datos de un asegurado propuesto, por medio del presente, cada asegurado autoriza a:

- Cualquier facultativo, institución o entidad médica relacionada; cualquier aseguradora; MIB Group, Inc (“MIB”); cualquier empleador; cualquier asegurado grupal, titular del contrato o administrador del plan de beneficios; cualquier farmacia u organización de servicio relacionada con la farmacéutica; cualquier agencia de informes del consumidor; o cualquier agencia gubernamental a entregar a Metropolitan Life Insurance Company (“MetLife”) o cualquier otro tercero que actúe en nombre de MetLife en este respecto:
 - información y datos personales sobre el asegurado propuesto, incluida información ocupacional o de su empleo;
 - información médica, registros y datos sobre el asegurado propuesto, incluida información, registros y datos sobre los medicamentos prescritos, los resultados de pruebas médicas y las enfermedades transmitidas sexualmente;
 - información, registros y datos sobre el asegurado propuesto relacionados con el abuso y tratamiento de alcohol y drogas, incluido información y registros de datos relacionados con el abuso de alcohol y drogas protegidos por el Código de Regulaciones Federales (CFR) 42, parte 2;
 - información, registros y datos sobre el asegurado propuesto, incluidos los relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o condiciones relacionadas con el SIDA, cuando esté permitido por la ley, y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH);
 - información, registro y datos sobre el asegurado propuesto relacionados con enfermedades mentales, excepto las notas de psicoterapia; e
 - informes de vehículos motorizados.

Nota para Todos los Profesionales de la Salud: La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA) le prohíbe a los empleados y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar la información genética de una persona o miembro de la familia de una persona, excepto que esté específicamente permitido por esta ley. Para cumplir con esta ley, le solicitamos que no indique ninguna información genética cuando esté respondiendo a esta solicitud de información médica. La “información genética” según la definición de GINA, incluye los antecedentes médicos familiares de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de los miembros de su familia, el hecho de que una persona o un miembro de su familia haya buscado o recibido servicios genéticos y la información genética de un feto siendo gestado por una persona o miembro de su familia o un embrión implantado conforme a la ley en una persona o miembro de su familia que esté recibiendo servicios de reproducción asistida.

Vencimiento, Revocación y Negativa a Firmar: Esta autorización vencerá a los 24 meses desde la fecha en este formulario o antes si lo indica la ley. El asegurado propuesto puede revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocar la autorización, el asegurado propuesto debe escribir a MetLife a P.O. Box 14069, Lexington, KY 40512-4069 e informar a MetLife que esta Autorización ha sido revocada. Cualquier acción realizada antes de que MetLife reciba la revocación del asegurado propuesto será válida. La revocación puede ser el motivo de la negación de cobertura o beneficios. Si el asegurado propuesto no firma esta Autorización, la inscripción de la persona para el seguro colectivo no puede ser procesada.

Al firmar a continuación, cada asegurado propuesto acusa recibo del Aviso de Privacidad de MetLife y su comprensión de que:

- Toda o parte de la información, los registros y datos que MetLife recibe conforme a esta autorización pueden ser divulgados al MIB. Dicha información también puede ser divulgada y utilizada por cualquier reaseguradora, empleado, afiliado o contratista independiente que realice un servicio empresarial para MetLife respecto al seguro solicitado o existente con MetLife, o divulgado conforme a lo requerido o permitido por las leyes correspondientes.
- La información, los registros y datos médicos que podrían estar sujetos a leyes o normativas federales o estatales, incluidas las reglas federales emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, que establecen el uso, mantenimiento y divulgación de dicha información por los profesionales de la salud y planes médicos, y registros y datos relacionados con el abuso de alcohol y drogas protegidos por el Código de Regulaciones Federales (CFR) 42, parte 2, una vez divulgados o vuelven a divulgar por MetLife, no pueden estar cubiertos por estas leyes o normativas.
- La información relacionada con los resultados del análisis de VIH solo se divulgará si lo permite la ley correspondiente.
- La información obtenida conforme a esta autorización sobre el asegurado propuesto puede ser utilizada, según lo permitido por la ley correspondiente, para determinar la asegurabilidad de otros miembros de la familia.
- Una fotocopia de este formulario tiene la misma validez que el formulario original. Cada asegurado propuesto (o su representante autorizado) tiene derecho a recibir una copia de este formulario.
- Autorizo a MetLife, o sus reaseguradoras, a enviar un informe breve de mi información de salud personal a MIB.

Firm	_____	_____
	Firma del Asegurado Propuesto	Fecha de Firma (MM/DD/AAAA)
	_____	_____
	Nombre en Letra de Imprenta	Estado de Nacimiento
	_____	_____
		País de Nacimiento

Si un hijo propuesto para ser asegurado tiene 18 años o más, debe firmar este formulario de Autorización. Si el hijo es menor de 18 años, un Representante personal del niño debe firmar e indicar la relación legal entre el Representante personal y el Asegurado propuesto. Un Representante personal para el hijo es la persona que tiene el derecho de controlar la atención de salud de este, por lo general, un padre, tutor legal o una persona designada por un tribunal.

Firm	_____	_____	_____
	Firma del Representante Personal	Nombre en Letra de Imprenta	Fecha de Firma (MM/DD/AAAA)

	Relación del Representante Personal		