



**Autorización para Ceder Información Sobre la Salud para:**  
 Senior Life Insurance Company  
 P.O. Box 2447  
 Thomasville, GA 31799-2447

**Esta Autorización Cumple con las Reglas Privadas de HIPAA**

**Por este medio**, autorizo a cualquier plan de salud, profesional de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, gerente de beneficios, centro de atención médica, compañía de seguros, organización de asistencia de seguros (tal como, Medical Information Bureau, Inc.) u otro proveedor de atención médica que ha proporcionado pago, tratamiento o servicio a mí persona o en mi nombre (“Mis Proveedores”) a revelar todo mi expediente médico y cualquier otra información de salud protegida acerca de mí a Senior Life Insurance Company (la “Compañía”) y sus agentes, empleados y representantes. Esto incluye información en el diagnóstico o tratamiento de VIH, por sus siglas en inglés (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA, por sus siglas en inglés (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), enfermedades de transmisión sexual, información en el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales, y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye notas de psicoterapia.

**Yo reconozco** que cualquier acuerdo que he hecho para restringir mi información de salud restringida no aplica a esta Autorización e instruyo a Mis Proveedores para que revelen y den a conocer todos mis registros médicos sin restricciones.

Esta información de salud restringida es para ser dada a conocer bajo esta Autorización para que la Compañía pueda:

1. suscribir mi aplicación para la cobertura, hacer la elegibilidad, calificación de riesgo, póliza de emisión determinaciones de inscripción;
2. obtener reaseguros;
3. administrar las reclamaciones y determinar o cumplir con las responsabilidades para la cobertura y la provisión de beneficios;
4. administrar cobertura; y
5. llevar a cabo otras actividades permitidas por la ley que se relacionan con alguna cobertura que tengo o he solicitado a la Compañía.

**Entiendo** que esta Autorización deberá permanecer en vigor por 24 meses después de la fecha de mi firma escrita abajo, y una copia de esta Autorización es tan válida como la original. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito, a cualquier hora, al enviar una solicitud por escrito de revocación a la Compañía, a la Atención de: Oficial Privado de HIPAA escrita en la dirección de arriba. Entiendo que la revocación no es eficaz en la medida que alguno de Mis Proveedores se ha basado en esta Autorización o en la medida en que esta Autorización se proporcionó como una condición de obtener una cobertura de seguro y otra ley proporciona a la Compañía con el derecho de rechazar un reclamo para cobertura bajo esta póliza o la póliza misma. Entiendo que cualquier información divulgada de conformidad de acuerdo con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el beneficiario y no podrá ser protegida por regulaciones federales que controlan la privacidad y confidencialidad de información sobre la salud. Sin embargo, la Compañía protegerá la privacidad de información sobre la salud de acuerdo con otras leyes aplicables estatales y/o federales de salud y su propia política de privacidad.

**Entiendo** que Mis Proveedores no pueden negarse a proporcionar tratamiento o pago por servicios de salud si me niego a firmar esta Autorización. Además, entiendo que si me niego a firmar esta Autorización para dar a conocer mi historial médico completo, la Compañía no será capaz de procesar mi aplicación o si la cobertura se ha emitido, no será capaz de procesar pólizas de reclamo y/o hacer pagos de beneficio. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Mi Representante Personal también tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.

\_\_\_\_\_  
 Nombre Impreso del Asegurado Propuesto

\_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
 Núm del Seguro Social

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado Propuesto o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Descripción de Autoridad del Representante Autorizado con documentos apropiados adjuntos (si son aplicables)

**Authorization for Release of Health Information to**  
Senior Life Insurance Company  
P.O. Box 2447  
Thomasville, GA 31799-2447

**This Authorization complies with the HIPAA Privacy Rule:**

**I hereby authorize** any health plan, physician, health care professional, hospital, clinic, laboratory, pharmacy, pharmacy benefit manager, medical facility, insurance company, insurance support organization (such as Medical Information Bureau, Inc.) or other health care provider that has provided payment, treatment or services to me or on my behalf (“My Providers”) to disclose my entire medical record and any other protected health information concerning me to Senior Life Insurance Company (the “Company”) and its agents, employees, and representatives. This includes information on the diagnosis or treatment of HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), sexually transmitted diseases, information on the diagnosis and treatment of mental illness and the use of alcohol, drugs and tobacco, but excludes psychotherapy notes.

**I acknowledge** that any agreements I have made to restrict my protected health information do not apply to this Authorization and I instruct My Providers to release and disclose the entire medical records without restrictions.

This protected health information is to be disclosed under this Authorization so that the Company may:

- 1) underwrite my application for coverage, make eligibility, risk rating, policy issuance and enrollment determinations;
- 2) obtain reinsurance;
- 3) administer claims and determine or fulfill responsibility for coverage and provision of benefits;
- 4) administer coverage; and
- 5) conduct other legally permissible activities that relate to any coverage I have or have applied for with the Company.

**I understand** that this Authorization shall remain in force for 24 months following the date of my signature below, and a copy of this Authorization is as valid as the original. I understand that I have the right to revoke this Authorization in writing, at any time, by sending a written request for revocation to the Company, Attention: HIPAA Privacy Official to the address listed above. I understand that a revocation is not effective to the extent that any of My Providers has relied on this Authorization or to the extent that this Authorization was provided as a condition of obtaining insurance coverage and other law provides the Company with the right to contest a claim for coverage under the policy or the policy itself. I understand that any information disclosed pursuant to this Authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal regulations governing privacy and confidentiality of health information. However, the Company will protect the privacy of health information in accordance with other applicable state and/or federal privacy laws and its own privacy policy.

**I understand** that My Providers may not refuse to provide treatment or payment for health care services if I refuse to sign this Authorization. I further understand that if I refuse to sign this Authorization to release my complete medical records, the Company may not be able to process my application, or if coverage has been issued, may not be able to process policy claims and/or make any benefit payments. I am entitled to receive a copy of this Authorization. My Personal Representative is also entitled to receive a copy of this Authorization.

Proposed Insured’s Printed Name	Date of Birth	Social Security Number
Proposed Insured’s or Authorized Representative’s Signature	Date	
Description of Authorized Representative’s Authority with appropriate documents attached (if applicable)		

**NOTICE**

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

**ADVERTENCIA**

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresados en el mismo se registrarán por la versión original del documento expedido en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho a corregir cualquier error en este document.