



**SENIOR LIFE INSURANCE COMPANY**

**Autorización Para la Divulgación de Información de Salud a:**

**Senior Life Insurance Company  
P.O. Box 2447  
Thomasville, GA 31799-2447  
877.777.8808**

**Esta Autorización cumple Con La Regla De Privacidad de HIPAA**

Por la presente autorizo a cualquier plan de salud profesional de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, administrador de beneficios de farmacia, centro medico, compañía de seguros, organización de apoyo de seguros (como Medical Information Bureau, Inc.) u otro proveedor de atención médica que ha proporcionado pago, tratamiento o servicios a mí o en mi nombre ("Mis proveedores") para divulgar mi registro médico completo y cualquier otra información de salud protegida que me concierna a Senior Life Insurance Company (la "Compañía") y sus agentes, empleados y representantes. Esto incluye información sobre el diagnóstico o tratamiento del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), enfermedades de transmisión sexual, información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y el uso de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia.

Reconozco que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no se aplica a esta Autorización e instruyo a Mis Proveedores a divulgar y liberar los registros médicos completos sin restricciones.

Esta información protegida de salud protegida debe ser divulgada bajo esta Autorización para que la Compañía pueda:

- 1) suscribir mi solicitud de cobertura, hacer la elegibilidad, calificación de riesgo, emisión de póliza y determinaciones de inscripción;
- 2) obtener reaseguro;
- 3) administrar reclamos y determinar o cumplir la responsabilidad por cobertura y provision de beneficios;
- 4) administrar la cobertura; y
- 5) realizar otras actividades legalmente permitidas que se relacionen con cualquier cobertura que tenga o haya solicitado para con la Compañía.

**Entiendo que** esta Autorización permanecerá vigente durante 24 meses a partir de la fecha de mi firma a continuación, y una copia de esta Autorización es tan válida como la original. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, enviando una solicitud de revocación por escrito a la Compañía, Atención: Oficial de privacidad de HIPAA a la dirección indicada anteriormente. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquiera de Mis Proveedores se haya basado en esta Autorización o en la medida en que esta Autorización se proporcionó como condición para obtener cobertura de seguro y otras leyes otorgando a la Compañía el derecho a impugnar un reclamo para la cobertura bajo la póliza o la póliza misma.

**Entiendo que** cualquier información divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por regulaciones federales que rigen la privacidad y confidencialidad de la información de salud. Sin embargo la Compañía protegerá la privacidad de información de salud de acuerdo con otras leyes de privacidad estatales y/o federales aplicables y su propia política de privacidad.

**Número de Póliza**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso del Asegurado**

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

\_\_\_\_\_  
**Número de Seguro Social**

\_\_\_\_\_  
**Proposed Insured's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado Propuesto**

\_\_\_\_\_  
**Relación con Asegurado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**