Autorización Para la Divulgación de Información de Salud a:

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

Yo/usted autoriza a cualquier: proveedor de atención médica; hospital; clínica; laboratorio; farmacia; o cualquier otra organización, institución o persona que tenga conocimiento o registros de mí y de mi salud para divulgar toda la información de salud que me concierne, hasta e incluyendo mi registro médico completo. Esto incluye información sobre mi salud mental; cualquier ETS; diagnóstico o tratamiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); uso de sustancias o alcohol, o cualquier otro historial no relacionado con la salud que se divulgará. Yo/usted autorizo/autoriza la divulgación de dichos registros a Senior Life Insurance Company y sus reaseguradoras; cualquier organización de apoyo de seguros; cualquier agencia de informes del consumidor; y todas las personas autorizadas para representar a estas organizaciones para este propósito.

Yo/usted autorizo a MIB, Inc., y a cualquier aseguradora miembro de MIB, a proporcionar cualquier información médica o personal que tenga sobre mí a Senior Life Insurance Company o su reaseguradora. Yo/usted también autorizo a Senior Life Insurance Company o su reaseguradora a hacer un breve informe de mi información de salud personal a MIB, Inc.

Los registros que se divulguen se utilizarán para determinar la elegibilidad para el seguro. Existe la posibilidad de que los registros proporcionados se vuelvan a divulgar. Si se divulgan los registros, es posible que ya no estén protegidos por las normas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad. Esta autorización tendrá una vigencia de veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de firma de la autorización. Puede revocar esta autorización en cualquier momento enviándonos una solicitud por escrito a la dirección que se muestra arriba. Si revoco esta autorización, no se verán afectados los derechos de cualquier persona que haya usado mis registros con base en mi autorización, antes de recibir la notificación de mi revocación. Puedo negarme a firmar esta autorización. Si no firmo, es posible que no se acepte mi solicitud o que se rechace mi reclamo.

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:**