



Reclamación de su subsidio por incapacidad

Este paquete contiene los formularios necesarios para solicitar subsidios por incapacidad. También responde algunas preguntas frecuentes sobre las reclamaciones por incapacidad. **Guarde esta documentación para consultas futuras.** Consulte el certificado de su seguro colectivo para ver información específica sobre la cobertura de su seguro por incapacidad. Los certificados son la máxima autoridad en las decisiones sobre reclamaciones por incapacidad. Si necesita más información, comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o llame a nuestro teléfono de atención al cliente: 800-368-2859.

Cómo presentar la solicitud de subsidios

La solicitud de subsidios por Incapacidad incluye los formularios de reclamación y una Autorización.

1. Su empleador debe llenar la Declaración del empleador, en la página 3, y enviarla por correo o fax a Standard Insurance Company (The Standard), antes de darle a usted este paquete.
2. Llene y firme su parte del formulario de reclamación (en la página 6) y después pídale a su médico tratante que llene la parte del formulario de reclamación que le corresponde a él (la Declaración del médico tratante, también en la página 6). Si lo están tratando más de un médico por la enfermedad que lo ha incapacitado, cada uno debe llenar un formulario. Puede obtener más formularios con el administrador de beneficios de su empleador. El médico puede devolverle el formulario lleno para que usted nos lo envíe junto con los demás formularios llenos, o bien, puede enviarlo por correo o fax directamente a nosotros, usando los datos de contacto que se encuentran en la parte superior del formulario.
3. Lea el Aviso sobre fraudes en el formulario de reclamación que se halla en la página 8 y después proporciónesele a su médico tratante junto con la Declaración del médico tratante.
4. Firme y feche la Autorización y envíela, junto con los formularios de reclamación llenos, a The Standard a la dirección que aparece arriba. Esta autorización nos permite solicitar más información sobre su reclamación, si fuera necesario.

Una vez que recibamos su solicitud de reclamación llenada, necesitaremos aproximadamente una semana para llegar a una decisión sobre la reclamación. Si no hemos llegado a una decisión en una semana, le informaremos de los pormenores.

Your Disability Benefit Claim

This packet contains the forms necessary to apply for disability benefits. It also addresses common questions about Disability claims. **Please save this material for your future reference.** For specific information about your Disability insurance coverage, refer to your group insurance certificate. The certificates are the ultimate authority for Disability claim decisions. If you need other information, please contact your employer's benefit administrator or call our customer service line at 800.368.2859.

How To Apply For Benefits

The Disability benefits application includes claim forms and an Authorization.

1. Your employer should complete the Employer's Statement on page 3, and mail or fax it to Standard Insurance Company, before giving the claim packet to you.
2. Complete and sign your part of the claim form (on page 6), and then have your treating physician complete their part of the claim form (the Attending Physician's Statement, also on page 6). If more than one physician is treating you for your disabling condition, each should complete a form. Additional forms are available from your employer's benefits administrator. Your physician may return the completed form to you for you to send to us with the other completed forms, or your physician may mail or fax the completed form to us directly, using the contact information at the top of the form.
3. Read the Claim Form Fraud Notice on page 8, then provide it to your treating physician with the Attending Physician's Statement.
4. Sign and date the Authorization and send it, along with the completed claim forms, to The Standard at the above address. This authorization allows us to request further information about your claim, if necessary.

Once we receive your completed claim application, it will take approximately one week to make a claim decision. If we have not reached a decision within one week, you will be notified with the details.



TheStandard®

Standard Insurance Company
800.368.2859 Tel 800.378.6053 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

**Seguro por incapacidad
Instrucciones para usar el paquete de reclamación
(Disability Insurance
Claim Packet Instructions)**

Otros subsidios que pueden reducir sus subsidios por incapacidad

Otros subsidios que reciba, o que tenga derecho a recibir, pueden reducir la cantidad de subsidios por Incapacidad pagaderos a su favor. Su certificado de cobertura o de seguro colectivo enumera esos subsidios, que podrían ser, entre otros, licencia por enfermedad, Compensación de Trabajadores, Seguro de incapacidad por el Estado, Seguro Social y Jubilación.

Para evitar un posible sobrepago de su reclamación, que después usted tendría que devolver a The Standard, por favor informe a The Standard si recibe otros subsidios.

Cuando regresa a trabajar

Los subsidios por incapacidad por lo general cesan cuando usted regresa a trabajar. **No deje de notificar inmediatamente a The Standard cuándo piensa regresar al trabajo o si ya regresó,** para garantizar que no haya sobrepagos.

Other Benefits That May Reduce Your Disability Benefits

Other benefits you receive, or may be eligible to receive, may reduce the amount of Disability benefits due you. Your coverage or group insurance certificate list these benefits which may include, but are not limited to, sick leave, Workers' Compensation, State Disability, Social Security and Retirement.

To avoid a possible overpayment on your claim, which would need to be repaid to The Standard, please inform The Standard if you receive other benefits.

When You Return To Work

Your disability benefits usually stop when you return to work. **Be sure that you notify The Standard immediately when you plan to return, or have returned to work** to assure no overpayment occurs.

Standard Insurance Company

800.368.2859 Tel 800.378.6053 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

**Seguro por incapacidad
Declaración del empleador
(Disability Insurance
Employer's Statement)**

Sección que debe llenar el empleador (To Be Completed By Employer)

Nombre y apellido del empleado (Employee's Full Name)		N.º de Seguro Social (Social Security No.)		Fecha de nacimiento (Birthdate)	
Domicilio del empleado (Employee's Home Address)			Estado (State)	Código postal (ZIP)	
Ubicación del trabajo (Work Location)		Dirección (número y calle) (Address)		Estado (State)	Código postal (ZIP)
Título del puesto <i>Adjunte la descripción del puesto.</i> (Job Title <i>Please attach a copy of the job description.</i>)					1. Fecha de contratación (Date Employed)
2. ¿El empleado tiene seguro por Incapacidad de Corto Plazo? (Is employee insured for Short Term Disability?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de vigencia (Effective Date) _____ ¿El empleado tiene seguro por Incapacidad de Largo Plazo? (Is employee insured for Long Term Disability?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de vigencia (Effective Date) _____ ¿El empleado tiene Seguro de Vida Colectivo con The Standard? (Is employee insured for Group Life Insurance through The Standard?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se le dio al empleado algún Certificado de Seguro? (Was employee given Certificate(s) of Insurance?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe (Don't Know)			3. ¿Se incapacitó en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se ha especificado (Undetermined) 4. Indique si el empleado ha solicitado: Compensación para los Trabajadores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Workers' Compensation) Seguro de Incapacidad por parte del Estado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (State Disability) Otro _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Other) Cantidad semanal _____ (Weekly Amount)		
5. Ingresos del empleado \$ _____ (Employee's Earnings) <i>Marque una opción</i> <input type="checkbox"/> Por hora (Hourly) <input type="checkbox"/> Semanal (Weekly) <input type="checkbox"/> Mensualmente (Monthly) <input type="checkbox"/> Anual (Annual) <input type="checkbox"/> Por comisión (Commission) <input type="checkbox"/> Otro (Other) <input type="checkbox"/> Diferencial por turno (Shift Differential) <input type="checkbox"/> Bonos/bonificaciones (Bonuses) Fecha del último aumento _____ Ingresos antes del aumento \$ _____ (Date of last increase) (Earnings prior to increase)			6. Última fecha en la que trabajó (Last active date at work) 7. Situación laboral cuando se inició la incapacidad: (Job status when disability began) <input type="checkbox"/> De tiempo completo (___ horas por semana) (Full-time) (hours/week) <input type="checkbox"/> De tiempo medio (___ horas por semana) (Part-time) (hours/week)		
8. Fecha en la que el empleado regresó a trabajar (Date employee returned to work)		9. Última fecha hasta la cual el empleador pagó beneficios por licencia por enfermedad (Last date through which sick leave benefits were paid by employer)			
10. Última fecha hasta la cual el empleador pagó algún beneficio (Last date through which any compensation was paid by employer)			¿Qué tipo de beneficio se pagó en esa fecha? (What type(s) of compensation was paid on this date?)		
11. Está sujeto el empleado a: (Is employee subject to) Impuestos por Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Social Security taxes?) Impuestos por Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Medicare taxes?)		12. ¿Qué porcentaje de la prima por STD paga el Empleador ? _____% (What percentage of the STD premium does the employer pay?) ¿Qué porcentaje de la prima por LTD paga el Empleador ? _____% (What percentage of the LTD premium does the employer pay?) ¿Las primas pagadas por el empleador están incluidas en el salario del empleado? Are employer paid premiums included in the employee's salary? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/P (N/A) ¿Son retenidos los impuestos de las primas pagadas por el empleado? Are taxes withheld from employee paid premiums? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/P (N/A) <i>IMPORTANTE: Recuerde calcular anualmente el porcentaje de contribución de la prima de acuerdo con el reglamento del IRS de 3 años promedio para la cobertura colectiva. (IMPORTANT: Remember to calculate annually the premium contribution percentage information according to the IRS 3 year averaging rule for group coverage.)</i>			
13. ¿Se pagan las primas del empleado con dinero antes de impuestos ("planes de cafetería" según la Sección 125 del Código de Impuestos Internos [Internal Revenue Code o IRC])? (Are employee premiums paid with pre-tax dollars [IRC Section 125 cafeteria plans])? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del empleador (Employer Name)		Código de ubicación (si es el caso) (Location Code (if applicable))	N.º de teléfono (Phone No.)		N.º de póliza (Policy No.)
Dirección postal (número y calle) (Mailing Address)			Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)
Nombre del representante del empleador que llena este formulario (Name of employer representative completing this form)					
Reconocimiento: Por este medio certifico que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Declaro que he leído el aviso sobre fraudes que se encuentra en la página 4 de este formulario. Acknowledgement – I certify that the answers I have made to the above questions are complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 4 of this form.					
Firma (Signature)			Fecha (Date)		

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

Some states require us to provide the following information to you:

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

Toda persona que a sabiendas o deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de beneficios, o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro estará cometiendo un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento.

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para su protección, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida estará cometiendo un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection, California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación del seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcionen a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto a un arreglo u otorgamiento pagaderos de las ganancias del seguro, deberán ser reportados al Departamento de seguros de Colorado, dentro de la División de agencias reguladoras.

COLORADO RESIDENTS

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 the 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.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: Es delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con objeto de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. El delito se puede sancionar con prisión y multas. Además, la aseguradora podrá denegar los beneficios de seguro si el solicitante presentó información falsa materialmente relacionada con una reclamación.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits, if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

RESIDENTES DE FLORIDA

Toda persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

FLORIDA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, files a statement of claim or an application containing false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa se hará objeto de sanciones penales y civiles.

NEW JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

RESIDENTES DE NUEVA YORK

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también se hará objeto de una sanción civil que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual referido aquí, estará cometiendo un acto fraudulento de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tales actos pueden clasificarse como delitos graves y al autor se le pueden imponer multas cuantiosas.

NEW YORK RESIDENTS

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 civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

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.

ALL OTHER RESIDENTS

Some states require us to inform you that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, or other person, files a statement containing false or misleading information concerning any fact material hereto commits a fraudulent insurance act which is subject to civil and/or criminal penalties, depending upon the state. Such actions may be deemed a felony and substantial fines may be imposed.

Sección que debe llenar el Empleado *Para que su reclamación se revise rápidamente, este formulario debe ser llenado en su TOTALIDAD por los responsables.*

(To Be Completed By Employee *For a prompt review of your claim, ALL of this form must be thoroughly completed by the appropriate persons.)*

Nombre completo (Full Name)		Nombre del empleador o la compañía (Employer/Company Name)		N.º de póliza colectiva (Group Policy No.)	
N.º de Seguro Social (Social Security No.)	N.º de teléfono (Phone No.) ()		Fecha de nacimiento (Birthdate)	Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento del hijo menor (Birthdate of Youngest Child)
Dirección (número y calle) (Address)			Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)
1. ¿Su incapacidad está relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is your disability work related?) Si es sí, ¿presentó una reclamación de Compensación para los Trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (If yes, have you filed a Workers' Compensation claim?)					
2. Última fecha en el trabajo antes de la incapacidad _____ Fecha en que regresó o espera regresar a trabajar _____ (Last date at work before disability) (Date you returned or expect to return to work)					
3. Causa de la incapacidad: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo Si es accidente o enfermedad, explique (indique fecha y lugar si es el caso) (Cause of Disability) (Accident) (Illness) (Pregnancy) (If accident or illness, please explain (include date and location, if applicable))					
4. Describa todas las tareas laborales, entre ellas el empleo autónomo, desde el inicio de su incapacidad. Si no hubo ninguna, escriba aquí sus iniciales _____ (Please describe all work activity, including self-employment, since the start of your disability. If none, initial here)					
Aceptación: Por este medio certifico que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Declaro que he leído el aviso de fraude en la página 8 de este formulario y que se lo proporcionaré al médico que llene la Declaración del médico tratante.			Acknowledgement – I certify that the answers I have made to the above questions are complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 8 of this form and will provide it to the physician completing the Attending Physician's Statement.		
Firma _____ (Signature)			Fecha _____ (Date)		

To Be Completed By The Attending Physician (Debe ser llenado por el médico tratante)

The following information is needed to document the patient's inability to work. The patient is responsible for obtaining a complete form without expense to The Standard. Please complete this form and mail or fax it to The Standard using the contact information listed above. (Los siguientes datos son necesarios para poder documentar la incapacidad del paciente para trabajar. El paciente es responsable de obtener un formulario lleno sin cargos para The Standard. Llene este formulario y envíelo por correo o fax a The Standard usando los datos de contacto que aparecen arriba.)

1. Diagnóstico (Diagnóstico)	A. Diagnóstico (Diagnóstico)	ICDA Classification (Clasificación CIE)		
B. Síntomas (Síntomas)	Height (Estatura)	Weight (Peso)	B/P (TA)	
2. Pregnancy (Embarazo) (if applicable) (si es el caso)	A. Expected date of delivery (Fecha prevista del parto)	B. Actual date of delivery (Fecha real del parto)	<input type="checkbox"/> Vaginal (Normal)	<input type="checkbox"/> C-section (Cesárea)

3. History and Treatment (Antecedentes y tratamiento)	A. Date you recommended the patient stop work (Fecha en que le recomendó al paciente dejar de trabajar)	B. When did symptoms appear or accident happen? (¿Cuándo se presentaron los síntomas u ocurrió el accidente?)
C. Has the patient ever had the same or similar condition? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No If yes, when? (¿El paciente había tenido antes esta misma enfermedad u otra semejante?) (Si es sí, ¿cuándo?)		
D. Is this condition related to the patient's employment? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Esta enfermedad está relacionada con el empleo del paciente?)		E. Did you complete a Workers' Compensation claim form? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Llenó un formulario de reclamación de Compensación para los Trabajadores?)
F. Date of first visit for this condition (Fecha de la primera consulta por esta enfermedad)	G. Frequency of subsequent visits: (Frecuencia de las consultas posteriores) <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other _____ (Semanal) (Mensualmente) (Otro)	H. Date of most recent visit (Fecha de la consulta más reciente)
I. Describe planned course and duration of treatment (Describa el tratamiento planeado y su duración esperada)		
J. Hospitalization? (¿Hospitalización?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	K. Date Admitted Date Discharged (Fecha de ingreso) (Fecha de alta)	L. Surgery? (Cirugía) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
M. Date Surgery Completed/Scheduled (Fecha de la intervención quirúrgica o fecha programada)		N. Reason/Surgery Type (Causa o clase de cirugía)
O. Surgery/Post-Surgery Complications? (¿Hubo complicaciones en la cirugía o causadas por ella?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No If yes, please describe (Si es sí, favor de describir)		
4. Level of Functional Impairment Please attach recent chart notes/pertinent records. (Nivel de daños funcionales Adjunte notas de archivos recientes y registros pertinentes.)		
A. Describe patient's physical and/or mental limitations and restrictions (functional capacity). (Describa las limitaciones y restricciones físicas y mentales del paciente (capacidad funcional))		
B. Factors Delaying Recovery (if applicable) (Factores que retrasan la recuperación (si los hubiera))		
C. How long do you expect these limitations and restrictions to impair your patient? (¿Por cuánto tiempo cree que esas limitaciones y restricciones afectarán a su paciente?) <input type="checkbox"/> Date _____ <input type="checkbox"/> Unable to determine, follow up in _____ weeks <input type="checkbox"/> Permanently (Fecha) (Si no puede definirla debido, dará seguimiento en) (semanas) (Permanentemente)		
5. Physician Information Please type or print. (Datos del médico Por favor escriba en letra de molde o a máquina.)		
Name of physician completing this form (Nombre del médico que llena este formulario)	Specialty (Especialidad)	Phone No. (N.º de teléfono) ()
Address (Dirección (número y calle))	City (Ciudad)	State (Estado)
	ZIP (Código postal)	Fax No. (N.º de fax) ()
Acknowledgement – I certify that the answers I have made to the above questions are complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 8 of this form.		
Aceptación: Por este medio certifico que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Declaro que he leído el aviso sobre fraudes en la página 8 de este formulario.		
Signature (Firma) _____		Date (Fecha) _____

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

Toda persona que a sabiendas o deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de beneficios, o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro estará cometiendo un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento.

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para su protección, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida estará cometiendo un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación del seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcionen a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto a un arreglo u otorgamiento pagaderos de las ganancias del seguro, deberán ser reportados al Departamento de seguros de Colorado, dentro de la División de agencias reguladoras.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: Es delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con objeto de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. El delito se puede sancionar con prisión y multas. Además, la aseguradora podrá denegar los beneficios de seguro si el solicitante presentó información falsa materialmente relacionada con una reclamación.

RESIDENTES DE FLORIDA

Toda persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa se hará objeto de sanciones penales y civiles.

Some states require us to provide the following information to you:

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection, California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

COLORADO RESIDENTS

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 the 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.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits, if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

FLORIDA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, files a statement of claim or an application containing false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree

NEW JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

RESIDENTES DE NUEVA YORK

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también se hará objeto de una sanción civil que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual referido aquí, estará cometiendo un acto fraudulento de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tales actos pueden clasificarse como delitos graves y al autor se le pueden imponer multas cuantiosas.

NEW YORK RESIDENTS

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 civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

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.

ALL OTHER RESIDENTS

Some states require us to inform you that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, or other person, files a statement containing false or misleading information concerning any fact material hereto commits a fraudulent insurance act which is subject to civil and/or criminal penalties, depending upon the state. Such actions may be deemed a felony and substantial fines may be imposed.

Autorización para obtener y divulgar información (Authorization to Obtain and Release Information)

AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS que tengan cualquier registro o información acerca de mí o de mi salud:

- Cualquier médico, profesional de la salud o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro establecimiento o asociación médicos o relacionados con servicios médicos.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros o de anualidades.
- Cualquier empleador, titular de póliza o patrocinador de plan.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia de ausencia (también de beneficios estatutarios) o un programa de anualidades.
- Cualquier asesor, organización o programa de enseñanza, vocacional o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de informes para el consumidor, institución financiera, contador o elaborador de declaraciones de fiscales.
- Cualquier organismo de gobierno (*por ejemplo, Administración del Seguro Social, Sistema Público de Jubilación, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, Consejo de Compensación para los Trabajadores, etc.*).

A DAR ESTA INFORMACIÓN:

- Archivos médicos, notas, radiografías, informes operativos, registros de laboratorio y de medicamentos y toda otra información médica acerca de mí, incluidos mis antecedentes médicos, diagnósticos, exámenes y los correspondientes resultados. Pronósticos y tratamiento de toda enfermedad física o mental, como por ejemplo:
 - Cualquier trastorno del sistema inmunitario, como VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), y cualquier otro síndrome o complejo relacionado.
 - Cualquier enfermedad o trastorno contagiosos.
 - Cualquier enfermedad psiquiátrica o psicológica, incluidos los resultados de los exámenes, pero con excepción de las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia no abarcan el resumen del diagnóstico, el estado funcional, el plan de tratamiento, los síntomas, ni el pronóstico y los avances a la fecha.
 - Cualquier enfermedad, tratamiento o terapia relacionados con abusos, entre ellos drogadicción y alcoholismo.

y:

- Cualquier información que se solicite acerca de mí más allá de la información médica, incluso en asuntos tales como preparación académica, antecedentes laborales, ingresos o finanzas, discusiones o evaluaciones de adaptaciones para regresar al trabajo y el derecho a recibir otros beneficios o periodos de licencia de ausencia, entre otros, el estado de las reclamaciones, cantidad de subsidios, pagos, condiciones de arreglos, fechas de vigencia o cancelación, aportaciones al plan o programa, etc.

A STANDARD INSURANCE COMPANY, THE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, THE STANDARD BENEFIT ADMINISTRATORS Y SUS REPRESENTANTES AUTORIZADOS (conocidos como “Las Compañías”, individual y colectivamente), Y AL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE AUSENCIAS DE MI EMPLEADOR (“Administrador de ausencias”).

- Declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a entregar y divulgar toda mi historia clínica sin reservas.
- Entiendo que cada una de Las Compañías y el Administrador de ausencias reunirán mi información solo si están administrando o tomando una decisión sobre mi reclamación o mis reclamaciones de incapacidad o de licencia de ausencia, y usarán la información para decidir si tengo derecho a los subsidios o a la licencia de ausencia o si se me otorgan esas prestaciones.

I AUTHORIZE THESE PERSONS having any records or knowledge of me or my health:

- Any physician, medical practitioner or health care provider.
- Any hospital, clinic, pharmacy or other medical or medically related facility or association.
- Kaiser Permanente.
- Any insurance company or annuity company.
- Any employer, policyholder or plan sponsor.
- Any organization or entity administering a benefit or leave program (including statutory benefits) or an annuity program.
- Any educational, vocational or rehabilitation counselor, organization or program.
- Any consumer reporting agency, financial institution, accountant, or tax preparer.
- Any government agency (*for example, Social Security Administration, Public Retirement System, Railroad Retirement Board, Workers' Compensation Board, etc.*).

TO GIVE THIS INFORMATION:

- Charts, notes, x-rays, operative reports, lab and medication records and all other medical information about me, including medical history, diagnosis, testing and test results. Prognosis and treatment of any physical or mental condition, including:
 - Any disorder of the immune system, including HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or other related syndromes or complexes.
 - Any communicable disease or disorder.
 - Any psychiatric or psychological condition, including test results, but excluding psychotherapy notes. Psychotherapy notes do not include a summary of diagnosis, functional status, the treatment plan, symptoms, prognosis and progress to date.
 - Any condition, treatment, or therapy related to substance abuse, including alcohol and drugs.

and:

- Any non-medical information requested about me, including such things as education, employment history, earnings or finances, return to work accommodation discussions or evaluations and eligibility for other benefits or leave periods including but not limited to claims status, benefit amount, payments, settlement terms, effective and termination dates, plan or program contributions, etc.

TO STANDARD INSURANCE COMPANY, THE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, THE STANDARD BENEFIT ADMINISTRATORS AND THEIR AUTHORIZED REPRESENTATIVES (referred to as “The Companies”, individually and collectively), AND MY EMPLOYER’S ABSENCE MANAGEMENT PROGRAM ADMINISTRATOR (“Absence Manager”).

- I acknowledge that any agreements I have made to restrict my protected health information do not apply to this authorization and I instruct the persons and organizations identified above to release and disclose my entire medical record without restriction.
- I understand that each of The Companies and Absence Manager will gather my information only if they are administering or deciding my disability or leave of absence claim(s), and will use the information to determine my eligibility or entitlement for benefits or leave of absence.

Autorización para obtener y divulgar información (Authorization to Obtain and Release Information)

- Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y el derecho de revocarla en cualquier momento enviando una declaración por escrito a Las Compañías y al Administrador de ausencias, salvo en la medida en que esta autorización ya se haya usado para divulgar los registros solicitados. La revocación de esta Autorización o el hecho de no firmarla podrían limitar la capacidad de Las Compañías y del Administrador de ausencias de evaluar o tramitar mis reclamaciones y podría ser causa de que se rechacen o cierren mis reclamaciones de subsidios o licencia de ausencia.
- Entiendo que, mientras están llevando a cabo los procesos de su negocio, Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden proporcionar a terceros alguna información acerca de mí. Pueden divulgar información a una reaseguradora, a un administrador de planes, a un patrocinador de plan o a cualquier persona que les preste servicios comerciales o jurídicos con respecto a mi reclamación o mis reclamaciones. Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán la información que sea necesaria a mi empleador para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y adaptaciones, y cuando realicen actividades administrativas en los planes de incapacidad autofinanciados (y no asegurados) de mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y reglamentos estatales y federales promulgados para proteger mi confidencialidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede tener que someterse a una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. La información que Las Compañías y el Administrador de ausencias retengan y divulguen puede no estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA).
- Entiendo y acepto que esta autorización, mientras se use para obtener información, permanecerá en vigencia a partir de la fecha con que se firma más abajo y:
 - Para Standard Insurance Company, por la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que se venza primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, por la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que se venza primero.
 - Para The Standard Benefit Administrators, por la duración de mis reclamaciones administradas por The Standard Benefit Administrators o 24 meses, lo que se venza primero.
 - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- Entiendo y acepto que Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden compartir esta información entre sí con respecto a mis reclamaciones de incapacidad y de licencia de ausencia. Esta autorización para compartir información permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece abajo.
- Reconozco que he leído esta autorización y el aviso de Nuevo México que aparece en la página 12. Una fotocopia o un facsímil (fax) de esta autorización son tan válidos como el original y se me proporcionará una copia si la solicito.
- I understand that I have the right to refuse to sign this authorization and a right to revoke this authorization at any time by sending a written statement to The Companies and Absence Manager, except to the extent the authorization has been relied upon to disclose requested records. A revocation of the authorization, or the failure to sign the authorization, may impair The Companies and Absence Manager's ability to evaluate or process my claim(s), and may be a basis for denying or closing my claim(s) for benefits or leave of absence.
- I understand that in the course of conducting its business The Companies and Absence Manager may disclose to other parties information about me. They may release information to a reinsurer, a plan administrator, plan sponsor, or any person performing business or legal services for them in connection with my claim(s). I understand that The Companies and Absence Manager will release information to my employer necessary for absence management, for return to work and accommodation discussions, and when performing administration of my employer's self-funded (and not insured) disability plans.
- I understand that The Companies and Absence Manager comply with state and federal laws and regulations enacted to protect my privacy. I also understand that the information disclosed to them pursuant to this authorization may be subject to redisclosure with my authorization or as otherwise permitted or required by law. Information retained and disclosed by The Companies and Absence Manager may not be protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA].
- I understand and agree that this authorization as used to gather information shall remain in force from the date signed below:
 - For Standard Insurance Company, the duration of my claim(s) or 24 months, whichever occurs first.
 - For The Standard Life Insurance Company of New York, the duration of my claim(s) or 24 months, whichever occurs first.
 - For The Standard Benefit Administrators, the duration of my claim(s) administered by The Standard Benefit Administrators or 24 months, whichever occurs first.
 - For Absence Manager, 24 months.
- I understand and agree that The Companies and Absence Manager may share information with each other regarding my disability and leave of absence claim(s). This authorization to share information shall remain valid for 12 months from the date signed below.
- I acknowledge that I have read this authorization and the New Mexico notice on page 12. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

Nombre (por favor escriba con letra de molde) _____
(Name (please print))

Firma del reclamante o representante _____ Fecha _____
(Signature of Claimant/Representative) (Date)

Si es el representante legal (p. ej., apoderado, tutor o procurador) quien firma, por favor anexe la documentación que pruebe su posición legal.
(If signature is provided by legal representative (e.g., Attorney in Fact, guardian or conservator), please attach documentation of legal status.)

Autorización para obtener y divulgar información (Authorization to Obtain and Release Information)

Standard Insurance Company es una compañía de seguros con licencia en todos los estados menos en Nueva York. The Standard Life Insurance Company of New York es una compañía de seguros con licencia únicamente en Nueva York. Su empleador podría contratar a un Administrador de ausencias, el cual podría ser una de Las Compañías.

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

El estado de Nuevo México obliga a Standard Insurance Company a proporcionarle a usted la siguiente información de conformidad con la Ley de Protección del Seguro en caso de Violencia Doméstica (Domestic Abuse Insurance Protection Act).

La anexa Autorización le permite a Standard Insurance Company obtener datos personales para confirmar si usted tiene derecho a subsidios del seguro. La información que proporcionen usted y otras fuentes puede contener información confidencial sobre abuso o violencia. “Información confidencial sobre abuso o violencia” hace referencia a información sobre actos de violencia doméstica o situación de violencia, a la dirección del trabajo o del domicilio o el número telefónico de una víctima de violencia doméstica, o a la situación de un solicitante o asegurado como familiar, empleador o socio de una víctima de violencia doméstica o de una persona con la cual se sabe que el solicitante o asegurado tiene una relación de asesoría directa, personal cercana, familiar o relacionada con violencia. Con respecto a la información confidencial sobre abuso o violencia, usted puede revocar esta autorización por escrito —la revocación entraría en vigencia diez días después de que la recibiera Standard Insurance Company—, con el entendimiento de que hacerlo puede ocasionar el rechazo de una reclamación o un efecto adverso en una resolución de seguros pendiente.

Standard Insurance Company tiene prohibido por ley basarse en la situación de abuso para rechazar, negarse a emitir o a reanudar o a reemitir, o para cancelar o de alguna otra manera finiquitar una póliza, restringir o excluir cobertura o subsidios de una póliza o cobrar una prima más alta por una póliza.

Si lo solicita por escrito tendrá derecho a revisar su información confidencial sobre abuso o violencia obtenida por Standard Insurance Company. Standard Insurance Company le enviará por correo una copia de la información relativa a usted en un plazo de 30 días hábiles después de recibir la solicitud. Después de revisar la información, puede solicitar que corriamos, enmendemos o anulemos cualquier dato confidencial sobre abuso o violencia que crea que es incorrecto. Standard Insurance Company revisará con atención su solicitud y hará los cambios que se justifiquen. Si desea mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, escribanos para recibir una notificación en detalle.

Si desea ser persona protegida (una víctima de violencia doméstica que informó a Standard Insurance Company que es o ha sido víctima de violencia doméstica) y participar en el programa de confidencialidad de información de domicilio de Standard Insurance Company, por favor envíe su solicitud a Standard Insurance Company.

Standard Insurance Company is a licensed insurance company in all states except New York. The Standard Life Insurance Company of New York is an insurance company licensed only in New York. An absence manager may be hired by your employer and may be one of The Companies.

FOR RESIDENTS OF NEW MEXICO

The state of New Mexico requires Standard Insurance Company to provide you with the following information pursuant to its Domestic Abuse Insurance Protection Act.

The Authorization form allows Standard Insurance Company to obtain personal information as it determines your eligibility for insurance benefits. The information obtained from you and from other sources may include confidential abuse information. “Confidential abuse information” means information about acts of domestic abuse or abuse status, the work or home address or telephone number of a victim of domestic abuse or the status of an applicant or insured as a family member, employer or associate of a victim of domestic abuse or a person with whom an applicant or insured is known to have a direct, close personal, family or abuse-related counseling relationship. With respect to confidential abuse information, you may revoke this authorization in writing, effective ten days after receipt by Standard Insurance Company, understanding that doing so may result in a claim being denied or may adversely affect a pending insurance action.

Standard Insurance Company is prohibited by law from using abuse status as a basis for denying, refusing to issue, renew or reissue or canceling or otherwise terminating a policy, restricting or excluding coverage or benefits of a policy or charging a higher premium for a policy.

Upon written request you have the right to review your confidential abuse information obtained by Standard Insurance Company. Within 30 business days of receiving the request, Standard Insurance Company will mail you a copy of the information pertaining to you. After you have reviewed the information, you may request that we correct, amend or delete any confidential abuse information which you believe is incorrect. Standard Insurance Company will carefully review your request and make changes when justified. If you would like more information about this right or our information practices, a full notice can be obtained by writing to us.

If you wish to be a protected person (a victim of domestic abuse who has notified Standard Insurance Company that you are or have been a victim of domestic abuse) and participate in Standard Insurance Company’s location information confidentiality program, your request should be sent to Standard Insurance Company.