Formulario de reclamación del beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida
Declaración del empleador

La entrega de formularios no constituye una admisión de responsabilidad por parte de la Compañía.

Instrucciones para el empleador:

1. Verifique que el empleado haya completado, fechado y firmado la Declaración del empleado. Compruebe que se haya proporcionado toda la información requerida.
2. Asegúrese de que el empleado haya guardado una copia de este formulario de reclamación y de toda la documentación requerida para sus registros.
3. Complete todas las secciones de esta Declaración del empleador.
4. Incluya una copia de la solicitud firmada del empleado.
5. Envíe este formulario de reclamación y todos los documentos requeridos a la dirección que figura a la derecha.

The Standard
Life Claims Service Center
P.O. Box 2717
Portland, OR 97208-9830
Teléfono: 800-552-2137
Fax: 877-305-3901
Correo electrónico: AL-Claims@standard.com

Sección 1: Información del empleador

Nombre de la compañía		Número de póliza grupal	Número de clase	
Domicilio de la compañía (número y calle)	Ciudad		Estado	Código postal

Sección 2: Información del empleado

Apellido del empleado	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)
Dirección del empleado (número y calle)	Ciudad		Estado	Código postal
Género ☐ Masculino ☐ Femenino	Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo	Tarifa de pago $_____ por: _____	Monto de seguro $	
Ocupación	Fecha en que comenzó a trabajar a tiempo completo (MMDDAAAA)	Última fecha en que estuvo físicamente presente en el trabajo de tiempo completo (MMDDAAAA)		
Motivo de abandono del empleo				
¿La cobertura continúa mediante el pago de una prima? ☐ Sí ☐ No	Si responde que no, fecha de la última prima (MMDDAAAA)			

Sección 3: Información del beneficiario

Apellido del beneficiario	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Relación con el empleado	Edad
Dirección del beneficiario (número y calle)	Ciudad		Estado	Código postal

Sección 4: Información y firma del representante del empleador

Apellido del representante del empleador	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Título
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico del empleador		
Firma del representante del empleador **X**			Fecha (MMDDAAAA)

Borrar datos Guardar e imprimir

Aviso a los clientes sobre la evaluación del servicio por teléfono

Para garantizar que nuestros clientes reciban un servicio de calidad, seleccionamos al azar llamadas telefónicas para el control. Estas llamadas entre nuestros clientes y empleados son evaluadas por supervisores. Esto es para garantizar que se brinde asistencia rápida y constante, y que se entregue información precisa de manera profesional. Hemos obtenido la debida certificación de la Comisión de Servicios Públicos de Georgia (Georgia Public Service Commission) para utilizar este equipo de supervisión.

‡The Standard es el nombre comercial de StanCorp Financial Group, Inc. y sus subsidiarias. Los productos del seguro son ofrecidos por Standard Insurance Company de Portland, Oregon, en todos los estados excepto en New York, en donde los productos de seguros son ofrecidos por The Standard Life Insurance Company of New York de White Plains, New York.

Esta página se ha dejado en blanco deliberadamente.

Formulario de reclamación del beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida
Declaración del empleado

The Standard
Life Claims Service Center
P.O. Box 2717
Portland, OR 97208-9830
Teléfono: 800-552-2137
Fax: 877-305-3901
Correo electrónico: AL-Claims@standard.com

Instrucciones para el empleado:

1. Complete las secciones 1 y 2 de la *Declaración del empleado*.
2. Haga que su médico complete la *Declaración del médico tratante*.
3. Si corresponde, proporcione la siguiente documentación:
   - Si está divorciado, una copia del acuerdo del divorcio autorizado por el tribunal.
   - Si ha cedido sus derechos en virtud de la póliza grupal a un cesionario o a un beneficiario irrevocable, consentimiento por escrito del cesionario o beneficiario irrevocable para el pago de una reclamación del beneficio en vida.
4. Asegúrese de guardar una copia de este formulario de reclamación y de toda la documentación adicional para sus registros. Entréguele al empleador este formulario de reclamación y cualquier documentación adicional.

Sección 1: Información del empleado

El asegurado o su tutor o comité legalmente designados deben responder todas las preguntas.

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social/ Número de Identificación fiscal	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Domicilio (número y calle)	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Razón de la reclamación ¿Cuál es la condición médica calificada?	Monto de beneficio que reclama $

Última fecha en que estuvo físicamente presente en el trabajo de tiempo completo ____ (MMDDAAAA)

¿Está en el proceso de cambiarse o se ha cambiado de una cobertura de seguro de vida grupal a una póliza individual? ☐ Sí ☐ No

Una o más de las siguientes, definidas en el presente como "Insurance Company" (Compañía de seguro): Standard Insurance Company, The Standard Life Insurance Company of New York, se reserva el derecho de solicitar un examen médico independiente por cuenta de la Compañía.

¿Alguna vez ha iniciado o se han iniciado contra usted trámites de divorcio? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "sí", indique cuándo y dónde. _____
(Si su respuesta es "sí", consulte el número 3 en las Instrucciones para el empleado al principio de este formulario).

¿Ha asignado sus derechos bajo la póliza grupal a un cesionario o a un beneficiario irrevocable? ☐ Sí ☐ No

Sección 2: Certificación

Bajo pena de falso testimonio, certifico que:

1. el número que se muestra en este formulario es mi Número de Identificación Fiscal correcto (o estoy a la espera de que se emita un número), y
2. no estoy sujeto a retención impositiva, ya sea porque no he sido notificado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) que estoy sujeto a dicha retención como resultado de haber dejado de informar los intereses y dividendos, o porque el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a retención impositiva.

Instrucciones para la certificación: debe tachar el punto (2) de arriba si el IRS le notificó que está sujeto a la retención de reserva por no haber informado la totalidad de los intereses o dividendos en su declaración de impuestos. Sin embargo, si después de que el IRS le notificó que estaba sujeto a la retención de reserva recibió otro aviso del IRS donde le informan que ya no está sujeto a la retención de reserva, no tache el punto (2).

Dirección del reclamante (número y calle)	Ciudad	Estado	Código postal

Firma del reclamante	Relación con el asegurado	Fecha (MMDDAAAA)
X		

Certifico que las declaraciones anteriores son exactas, completas y están registradas correctamente. Por el presente, autorizo a cualquier hospital, médico o cualquier otra institución o persona que me ha asistido o examinado a divulgar a la compañía de seguro toda la información obtenida con motivo de, y los registros concernientes a dicha hospitalización, examen y asistencia. Deseo que se acepte una fotocopia de esta autorización con la misma validez que el original.

Para los residentes de New York, rige la siguiente declaración: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho pertinente comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y estará sujeta a una multa civil que no superará los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada una de las infracciones.

Firma del empleado	Fecha (MMDDAAAA)	Firma del testigo	Fecha (MMDDAAAA)
X		X	

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales.

Para uso exclusivo de la compañía de seguro

Evaluador	Número de reclamación	Total – Beneficio e interés	Fecha de aprobación/denegación

‡The Standard es el nombre comercial de StanCorp Financial Group, Inc. y sus subsidiarias. Los productos del seguro son ofrecidos por Standard Insurance Company de 1100 SW Sixth Avenue of Portland, Oregon, en todos los estados excepto en New York, en donde los productos de seguros son ofrecidos por The Standard Life Insurance Company of New York de 445 Hamilton Avenue, 11th floor, White Plains, New York. Las características y disponibilidad de los productos varían según el estado y la compañía, y son solo responsabilidad de cada subsidiaria. Cada compañía es la única responsable de su propio estado financiero. Standard Insurance Company tiene licencia para ofrecer productos de seguros en todos los estados excepto en New York. The Standard Life Insurance Company of New York tiene licencia para ofrecer productos de seguros únicamente en el estado de New York.

Borrar datos Guardar e imprimir

Formulario de reclamación del beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida
Declaración de divulgación

Todo beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida que se le pague podría ser gravable. En tal caso, puedes incurrir en una obligación fiscal. Antes de la recepción de este beneficio, debería buscar la asistencia de un asesor fiscal calificado.

The Standard
Life Claims Service Center
P.O. Box 2717
Portland, OR 97208-9830
Teléfono: 800-552-2137
Fax: 877-305-3901
Correo electrónico: AL-Claims@standard.com

Sección 1: Cómo afecta el pago del beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida a sus beneficios restantes del seguro de vida personal y seguro de vida suplementario

$	Su beneficio (monto que combina el seguro de vida personal y el seguro de vida suplementario) antes del pago de su beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida
– $	Menos su beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida
$	Su beneficio (monto que combina el seguro de vida personal y el seguro de vida suplementario) restante después del pago de tu beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida Estos son los beneficios anticipados por muerte, si hay alguno, que están disponibles para el beneficiario.

Este beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida no es una póliza de cuidado a largo plazo ni una póliza de seguro para un hogar de ancianos. El monto que le paga este beneficio podría no ser suficiente para cubrir sus facturas médicas, de hogar de ancianos u otras facturas. Usted puede usar su beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida para cualquier cosa.

Sección 2: Divulgaciones y avisos

La recepción de beneficios anticipados por muerte puede afectar la elegibilidad para programas de asistencia pública, como asistencia médica (Medicaid), ayuda a familias con hijos dependientes y seguridad de ingreso suplementario.

La recepción de beneficios anticipados por muerte en pagos periódicos se tratará de manera diferente que la recepción en un solo pago. Antes de solicitar los beneficios anticipados por muerte, los titulares de certificados deben consultar a la agencia de servicios sociales correspondiente sobre cómo la recepción afectará la elegibilidad del receptor y/o del cónyuge o el dependiente del receptor.

La recepción de beneficios anticipados por muerte puede ser gravable. La recepción de beneficios anticipados por muerte en pagos periódicos se tratará de manera diferente que la recepción en un solo pago. Antes de solicitar dichos beneficios, los titulares de certificados deben buscar la asistencia de un asesor de impuestos calificado.

Para los residentes de New York, rigen las siguientes declaraciones:

- Ningún centro médico, según lo definido en la sección 20 de la Ley de Salud Pública, puede exigirle a una persona que acelere el pago de un beneficio por muerte como una condición de admisión a dicho centro médico o para proporcionar cualquier tipo de atención en dicho centro.
- La aseguradora tiene prohibido pagar beneficios anticipados por muerte al titular del certificado por un periodo de cinco días a partir de la fecha en que la información especificada en la subdivisión (f) de la Regulación 143 se transmite por escrito al titular del certificado.

Sección 3: Información y firma del solicitante

Apellido del solicitante	Nombre	Inicial del 2.º nombre

Reconozco que efectué la solicitud de este beneficio voluntariamente y no por coerción ejercida por un tercero.

Para los residentes de New York, rige la siguiente declaración: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho pertinente comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación para cada una de las infracciones.

Firma del solicitante	Fecha (MMDDAAAA)
X	

Sección 4: Información y firma del cónyuge

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales.

Apellido del cónyuge	Nombre	Inicial del 2.º nombre

Reconozco que efectué la solicitud de este beneficio voluntariamente y no por coerción ejercida por un tercero.

Para los residentes de New York, rige la siguiente declaración: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho pertinente comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación para cada una de las infracciones.

Firma del cónyuge	Fecha (MMDDAAAA)
X	

‡The Standard es el nombre comercial de StanCorp Financial Group, Inc. y sus subsidiarias. Los productos del seguro son ofrecidos por Standard Insurance Company de 1100 SW Sixth Avenue of Portland, Oregon, en todos los estados excepto en New York, en donde los productos de seguros son ofrecidos por The Standard Life Insurance Company of New York de 445 Hamilton Avenue, 11th floor, White Plains, New York. Las características y disponibilidad de los productos varían según el estado y la compañía, y son solo responsabilidad de cada subsidiaria. Cada compañía es la única responsable de su propio estado financiero. Standard Insurance Company tiene licencia para ofrecer productos de seguros en todos los estados excepto en New York. The Standard Life Insurance Company of New York tiene licencia para ofrecer productos de seguros únicamente en el estado de New York.

Borrar datos Guardar e imprimir

Las leyes de algunos estados exigen que le brindemos la siguiente información

Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida o un beneficio falsa o fraudulenta o presente una solicitud de seguro que contenga información falsa es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o a confinamiento en prisión, o a una combinación de ambas.

Alaska: La persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguro, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podrá ser procesada en virtud de la ley estatal.

Arizona: Para su protección, la legislación de Arizona requiere que figure en este formulario la siguiente declaración: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida, falsa o fraudulenta, estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Arkansas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o de un beneficio o presente una solicitud de seguro que contenga información falsa es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

California: Para su protección, la legislación de California exige que aparezca en este formulario la siguiente declaración. Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para presentar una reclamación de pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal suministrar, deliberadamente, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguro con el propósito de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y demanda civil por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que deliberadamente brinde datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un reclamante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o al reclamante respecto de una liquidación o indemnización pagadera mediante beneficios procedentes del seguro será denunciada ante la División de Seguros del Departamento de Organismos Reguladores de Colorado.

Delaware: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguro con el fin de estafar a la compañía de seguro o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporciona información falsa relacionada sustancialmente con una reclamaciónif false information materially related to a claim was provided by the applicant.

Florida: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o solicitud que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Hawaii: Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro o contrato de acuerdo de vida culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Idaho: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar o engañar a cualquier compañía de seguro, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

Kansas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida o un beneficio, falsa o fraudulenta, o presente una solicitud de seguro que contenga información falsa, puede ser culpable de un delito según lo determine un tribunal y puede estar sujeta a multas o confinamiento en prisión.

Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información con respecto a cualquier hecho sustancial pertinente, comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito.

Louisiana: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago falsa o fraudulenta de una pérdida o un beneficio, o que presente una solicitud de seguro que contenga información falsa es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Maine: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguro con el fin de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación de pago falsa o fraudulenta por una pérdida o un beneficio, o presente una solicitud de seguro que contenga información falsa, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Minnesota: Toda persona que presente una reclamación con la intención de estafar o ayudar a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

New Hampshire: Toda persona que, con el fin de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguro, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a juicio y condena por fraude al seguro, conforme a lo dispuesto en el RSA 638:20.

New Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

New Mexico: TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO FALSA O FRAUDULENTA DE UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO, O QUE PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A SANCIONES CIVILES Y PENALES.

New York: Para los residentes de New York, rige la siguiente declaración: Toda persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material de dicha reclamación, está cometiendo un acto de fraude al seguro, lo que constituye un delito y está sujeta a multas civiles que no superan los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada una de tales violaciones.

Ohio: Toda persona que, con intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de un fraude de seguro.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, realice una reclamación por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información con respecto a cualquier hecho material pertinente, comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y por lo que está sujeta a sanciones penales y civiles.

Rhode Island: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o de un beneficio o presente una solicitud de seguro que contenga información falsa es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee, Virginia, and Washington: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguro con el fin de estafarla. Las sanciones incluir encarcelamiento, multas y la denegación de los beneficios del seguro.

Texas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas o confinamiento en una prisión estatal.

Vermont: Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a multas de acuerdo con la ley estatal.

West Virginia: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o de un beneficio o presente una solicitud de seguro que contenga información falsa es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Formulario de reclamación del beneficio anticipado por muerte/beneficio en vida
Declaración del médico tratante

Instrucciones para el médico tratante:
Envíe este informe por correo electrónico o fax a la dirección que figura a la derecha.

The Standard
Life Claims Service Center
P.O. Box 2717
Portland, OR 97208-9830
Teléfono: 800-552-2137
Fax: 877-305-3901
Correo electrónico: AL-Claims@standard.com

Sección 1: Información del paciente

Apellido del paciente	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Domicilio (número y calle)	Ciudad	Estado	Código postal

Empleador

Sección 2: Declaración del médico tratante (hay espacio libre al dorso por si desea ampliar las respuestas)

El empleado que reclama los beneficios es responsable de obtener la información por cuenta propia. Si el punto 4 no se responde de manera completa, se demorará el procesamiento de reclamación.

1	**Diagnóstico**
2	**a. Síntomas subjetivos**
	b. Hallazgos objetivos: Incluya resultados de radiografías, electrocardiogramas (ECG) u otras pruebas especiales actualizadas que sean relevantes para el pronóstico, a su criterio
	c. El paciente es: ☐ Ambulatorio ☐ En reposo absoluto ☐ Recluido en el hogar ☐ Hospitalizado
3	**Tratamiento**
	Fecha de la primera visita relacionada con la condición anterior (MMDDAAAA) / Fecha de la visita más reciente (MMDDAAAA)
4	**Pronóstico:** "A mi juicio como médico, la esperanza de vida del paciente arriba mencionado es de _____ meses o menos, o no supera los _____ meses".
5	**Enfermedad mental:** ¿Está apto el paciente para endosar cheques y administrar los ingresos de estos? ☐ Sí ☐ No
Comentarios	

Sección 3: Información y firma del médico tratante

Apellido del médico tratante	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Título

Domicilio (número y calle)	Ciudad	Estado	Código postal

Firma del médico tratante	Fecha (MMDDAAAA)
X	

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales.

Borrar datos | Guardar e imprimir

‡The Standard es el nombre comercial de StanCorp Financial Group, Inc. y sus subsidiarias. Los productos del seguro son ofrecidos por Standard Insurance Company de 1100 SW Sixth Avenue of Portland, Oregon, en todos los estados excepto en New York, en donde los productos de seguros son ofrecidos por The Standard Life Insurance Company of New York de 445 Hamilton Avenue, 11th floor, White Plains, New York. Las características y disponibilidad de los productos varían según el estado y la compañía, y son solo responsabilidad de cada subsidiaria. Cada compañía es la única responsable de su propio estado financiero. Standard Insurance Company tiene licencia para ofrecer productos de seguros en todos los estados excepto en New York. The Standard Life Insurance Company of New York tiene licencia para ofrecer productos de seguros únicamente en el estado de New York.

Utilice este espacio para agregar información adicional