Formulario de reclamación por desmembramiento accidental o pérdida de la visión
Declaración del empleador

Necesitamos algunos datos antes de comenzar a procesar su reclamación de beneficio del empleado.

Quién debe completar cada sección:

1) Usted, el empleador, debe completar la "Sección 1: Declaración del empleador".
2) El empleado o un tutor designado judicialmente deben completar la "Sección 2: Declaración del empleado".
3) El médico tratante debe completar la tercera página: "Sección 1: Información del paciente" y la "Sección 2: Declaración del médico tratante".

Además, debe incluir los siguientes elementos junto con este formulario:

- Copia de la Solicitud de seguro para grupos del empleador y de la tarjeta de registro.
- Recortes de periódicos/información en línea sobre la lesión o pérdida.
- Informe policial/del accidente (si hubiera).

El empleador debe enviar este formulario completado a la siguiente dirección:

The Standard
Life Claims Service
Center P.O. Box 2717
Portland, OR 97208-9830
O por fax al 877-305-3901

¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-552-2137 o envíenos un correo electrónico a AL-Claims@standard.com

Esta reclamación es para ☐ Un empleado ☐ Un dependiente

Sección 1: Declaración del empleador

Número de grupo		Número de clase	
Apellido del empleado	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Ocupación
Fecha de inicio del trabajo de tiempo completo: ____ (MMDDAAAA)			
Último día trabajado: ____ (MMDDAAAA)		Monto del beneficio: $_____	
¿El empleado pagó la prima hasta la fecha del accidente? ☐ Sí ☐ No Si contestó que no, indique la fecha del último pago de la prima ____ (MM/DD/AAAA)			
Fecha de inicio de la cobertura: ____ (MMDDAAAA)		Ingresos al último día de empleo: $_____ por _____	
Fecha del accidente: ____ (MMDDAAAA)		Hora del accidente: _____	
Lugar del accidente: _____		¿El accidente ocurrió en el trabajo? ☐ Sí ☐ No	

Datos del dependiente (complete esta sección si la reclamación es para un dependiente asegurado)

Nombre completo del dependiente asegurado	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
Domicilio del dependiente (número y calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Relación con el empleado asegurado: ☐ Esposo ☐ Hijo ☐ Esposa ☐ Pareja doméstica	Si es cónyuge, ¿estaban divorciados o separados legalmente? ☐ Sí ☐ No		
Si es hijo, indique lo siguiente: ¿Estaba casado? ☐ Sí ☐ No ¿Era empleado? ☐ Sí ☐ No ¿Era estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No			
Si era empleado, indique cómo era el empleo: ☐ De tiempo completo ☐ De tiempo parcial Fecha de contratación: ____ (MMDDAAAA)			
Fecha en la que el dependiente se aseguró con la póliza para grupos: ____ (MMDDAAAA)			
¿El seguro había terminado? ☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, indique la fecha: ____ (MMDDAAAA)			
Monto del seguro del dependiente reclamado: $_____	Fecha de fallecimiento del dependiente: ____ (MMDDAAAA)		

Mi firma a continuación significa que, a mi leal saber y entender, todo lo que escribí/elegí anteriormente es correcto.

Nombre de la compañía			Número de teléfono de la compañía
Domicilio de la compañía (número y calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del representante autorizado de la compañía	Cargo		
Firma del representante autorizado de la compañía **X**		Fecha (MMDDAAAA)	

‡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.

Borrar datos Guardar e imprimir

Formulario de reclamación por desmembramiento accidental o pérdida de la visión
Declaración del empleado

Sección 2: Declaración del empleado

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

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

La reclamación es para ☐ Mi persona ☐ Mi dependiente – Nombre: _____ Relación: ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Hijo

Fecha de la lesión: ____ (MMDDAAAA)

Fecha de la pérdida: ____ (MMDDAAAA)

Fecha en la que el médico lo atendió por primera vez: ____ (MMDDAAAA)

Nombre del médico tratante

Magnitud de la pérdida

Describa cómo sucedió el accidente

A mi leal saber y entender, toda la información que he indicado es correcta. Entiendo que mi firma a continuación autoriza a una o más de las siguientes compañías (definidas en el presente como "compañía de seguro"): Standard Insurance Company, The Standard Life Insurance Company of New York, a solicitar información sobre el accidente a cualquier hospital o médico, o bien a cualquier otra institución o persona que proporcione cuidados. También entiendo que se puede utilizar una copia de mi autorización en lugar de la original.

(para los residentes de New York, rige la siguiente declaración): Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar 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 sustancial pertinente comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y por lo que estará sujeta a una multa civil, que no excederá los cinco mil dólares ni el valor declarado de la reclamación para cada infracción.

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

Para el uso exclusivo de Anthem

Número de reclamación	Evaluador	Beneficio total $	Fecha de aprobación/denegación

Aviso sobre la supervisión de las llamadas telefónicas: A fin de garantizar que nuestros clientes reciban un servicio de calidad, seleccionamos llamadas telefónicas al azar para su supervisión. Estas llamadas entre nuestros clientes y empleados son evaluadas por supervisores. Esto garantiza que nuestros miembros reciban ayuda profesional y confiable de manera rápida. Estamos autorizados por la Georgia Public Service Commission para usar este método de supervisión.

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.

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.

Declaración del médico tratante sobre el desmembramiento accidental o la pérdida de la visión

El empleado que reclama los beneficios es responsable de obtener la información por cuenta propia.

The Standard
Life Claims Service
Center P.O. Box 2717
Portland, OR 97208-9830
O por fax al 877-305-3901

¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-552-2137 o envíenos un correo electrónico a AL-Claims@standard.com

Sección 1: Información del paciente

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Sección 2: Declaración del médico tratante (en el reverso del documento, hay espacio disponible si desea ampliar sus respuestas)

¿Cuándo sucedió el accidente? (MMDDAAAA)

¿Cuándo acudió el paciente por primera vez parar tratarse esta condición? (MMDDAAAA)

¿El paciente alguna vez ha tenido una condición igual o parecida? ☐ Sí ☐ No
Si contestó que sí, indique cuándo ocurrió la condición y descríbala: _____

¿La pérdida/lesión se produjo como resultado de un accidente? ☐ Sí ☐ No
Si contestó que no, ¿qué enfermedad/condición contribuyó a la pérdida/lesión? _____

¿El paciente es capaz de endosar cheques y encargarse de administrar fondos? ☐ Sí ☐ No

Complete esta parte en caso de pérdida de la visión.

Indique si la lesión accidental ocasionó la pérdida total e irreversible de la visión:

	Fecha de la pérdida: (MMDDAAAA)	¿Debió realizarse una enucleación ocular?	Fecha (MMDDAAAA)
Ojo derecho: ☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
Ojo izquierdo: ☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	

Indique la fecha en la que determinó por primera vez que la agudeza visual central se redujo de manera irreversible a un nivel de 20/200 o menos con corrección: (MMDDAAAA)

Notas de la prueba de SNELLEN en esa fecha:

	Sin corrección	Con corrección
O.D.v.		
O.S.v.		

Complete esta parte en caso de pérdida de una o más extremidades.

¿La lesión accidental ocasionó la pérdida de una o más extremidades? ☐ Sí ☐ No

¿Qué extremidad o extremidades fueron amputadas?

Fecha de la amputación (MM/DD/AAAA)

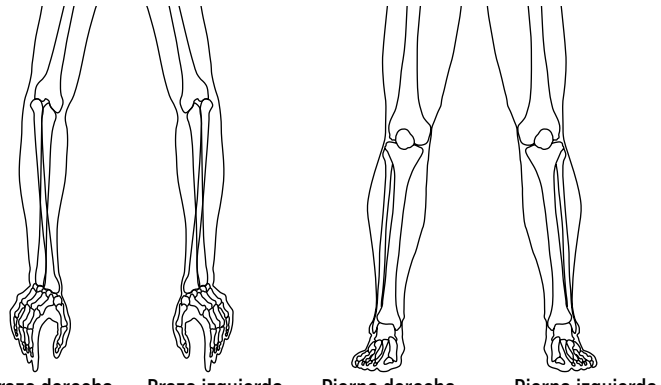
Mano derecha:

Mano izquierda:

Pie derecho:

Pie izquierdo:

Indique el punto exacto de la pérdida de la extremidad o las extremidades:



Brazo derecho | Brazo izquierdo | Pierna derecha | Pierna izquierda

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

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

Mi firma a continuación significa que, a mi leal saber y entender, todo lo que escribí/elegí anteriormente es correcto.

Firma del médico tratante	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

Utilice este espacio para agregar información adicional