Discapacidad a largo plazo
Paquete de Aviso de reclamación

Aviso de reclamación del empleador: instrucciones

Aproximadamente 45 días antes de finalizar el periodo de espera del beneficio:

A. Complete la Declaración del empleador de principio a in.

Incluye:

- Descripción del trabajo
  (tareas en detalle, incluidos los requisitos físicos)
- Documentación de las ganancias de acuerdo con la descripción de su plan.
- Información sobre la compensación para trabajadores
  (una copia del primer informe del accidente y la decisión actual si se hubiese tomado alguna)

B. Entréguele los formularios al reclamante para que los complete. Estos formularios deben enviarse a la dirección que se indica a continuación.

- Se deben completar todas las partes de este paquete de formularios para evitar demoras indebidas en el procesamiento de la solicitud de beneficios requerida por el reclamante.
- Cualquier consulta relacionada con los procedimientos de presentación de la reclamación debe ser remitida a:
  The Standard
  Disability Claims Service Center
  P.O. Box 2717
  Portland, OR 97208-9830
  Teléfono: 800-232-0113
  Fax: 800-850-0017
  Correo electrónico: AL-Claims@standard.com

‡ 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.

Formulario de reclamación por discapacidad a largo plazo — Declaración del empleador

Sección 1: Información del empleado

Apellido del empleado	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Número de póliza	Clase	Número de teléfono

Sección 2: Empleo

Fecha de contratación del empleado (MMDDAAAA)	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura por discapacidad a largo plazo (LTD)	Fecha en la que el empleado trabajó a tiempo completo por última vez	Horario laboral correspondiente a la última vez que trabajó Cant. de días por semana: _____ Cant. de horas por día: _____

Ocupación ejercida la última vez que trabajó: adjunte la descripción del trabajo.

Razón para dejar de trabajar: ☐ Enfermedad ☐ Licencia concedida ☐ Recorte de personal ☐ Jubilación ☐ Despido ☐ Renuncia ☐ Vacaciones ☐ Otra: _____

¿El empleado se reincorporó al trabajo? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí: ☐ Medio tiempo; fecha: _____ ☐ Tiempo completo; fecha: _____ (MMDDAA)

Sección 3: Ingresos

¿Cómo cobra el empleado? ☐ Salario ☐ Salario y comisión ☐ Solo comisiones ☐ Salario y bonificación ☐ Por hora

Ganancia mensual básica del empleado: $ _____ Beneficio LTD: _____

Si el salario se basa en un plazo menor a 12 meses, cant. de meses: _____

Porcentaje de la contribución para las primas por LTD del empleado: El empleado paga: _____ % ☐ Antes de impuestos ☐ Después de impuestos
El empleador paga: _____ %

Sección 4: Otros beneficios

¿El asegurado ha recibido otros pagos por discapacidad desde la última vez que trabajó?

Continuidad del salario: ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique la cantidad por semana: $ _____
Fecha en que cesan los beneficios: _____ (MMDDAAAA)

Discapacidad a corto plazo: ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique la cantidad por semana: $ _____
Fecha en que cesan los beneficios: _____ (MMDDAAAA)

Otro tipo: _____ ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique la cantidad por semana: $ _____
Fecha en que cesan los beneficios: _____

¿La reclamación es consecuencia de la actividad laboral? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, explique: _____

¿Se ha presentado una reclamación de compensación para trabajadores? ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente ☐ Denegada (adjunte la copia)

Cantidad semanal de la compensación para trabajadores: $ _____ Incluya una copia del primer informe del accidente.

Sección 5: Jubilación

¿El empleado tiene cobertura de un plan de jubilación patrocinado? ☐ Sí ☐ No ¿El plan de jubilación contiene una cláusula de discapacidad? ☐ Sí ☐ No

¿El empleado es o será elegible para acceder a una pensión jubilatoria o por discapacidad? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, indique el tipo: ☐ Por discapacidad ☐ Jubilatoria ☐ Otra: _____	Cantidad mensual $ _____	Fecha de inicio de los beneficios

Nota: Si alguna parte de esta pensión se atribuye a la contribución del empleado, brinde información tal como el porcentaje de la contribución del empleado a la contribución total.

Sección 6: Certificación

Nombre del empleador	Número de teléfono del empleador	Número de certificado

Domicilio del empleador	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del representante autorizado de la compañía en letra de imprenta	Título

Firma del representante autorizado **X**	Fecha (MMDDAAAA)

Separe y envíe este formulario (con los demás documentos adjuntos) a la dirección que figura en la portada. Proporcione los formularios restantes al reclamante.

Borrar datos Guardar e imprimir

Aviso a los clientes con respecto a la supervisión del servicio telefónico
A fin de garantizar que nuestros clientes reciban servicios de calidad, seleccionamos llamadas telefónicas al azar para control. Estas llamadas entre nuestros clientes y empleados son evaluadas por supervisores. Esto es para garantizar que se brinde asistencia inmediata y de manera uniforme, e información precisa de manera profesional. Hemos obtenido la debida autorización de la Comisión de Servicios Públicos de Georgia (Georgia Public Service Commission) para utilizar este equipo de control.

‡ 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.

Formulario de reclamación por discapacidad a largo plazo
Declaración del empleado

Sección 1: Información del empleado

Apellido del empleado	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	Sexo
					☐ Masculino ☐ Femenino

Estatura	Peso	Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado	Apellido del cónyuge	Fecha de nacimiento del cónyuge	¿El cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique la información de los hijos solteros que aún no hayan finalizado la educación secundaria.

Nombre	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)	Nombre	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Nombre del empleador	Nivel de educación (marque la casilla que corresponda)
Número de póliza colectiva	**Grado de la escuela primaria/secundaria:** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Diploma obtenido
☐ Universitario: _____
☐ De posgrado: _____

Sección 2: Empleo

Ocupación: enumere las tareas de su ocupación en el momento de la discapacidad.

Fecha del accidente o fecha en la que notó los primeros síntomas de enfermedad (MMDDAAAA)	No he podido seguir trabajando debido a la discapacidad desde el (MMDDAAAA)
Volví a trabajar a medio tiempo el (MMDDAAAA)	Volví a trabajar a tiempo completo el (MMDDAAAA)

¿Su accidente o enfermedad se relacionan con su ocupación? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, explique: _____

¿Ha presentado, o tiene pensado presentar, una reclamación de compensación para trabajadores? ☐ Sí ☐ No

Sección 3: Historial de reclamaciones

Describa cómo y cuándo ocurrió el accidente, o el inicio y la índole de su enfermedad: ☐ Automóvil ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Otro: _____

Fecha en la que lo trataron por primera vez por esta enfermedad o lesión: (MMDDAAAA)

Proveedor responsable				
	Nombre del hospital			
	Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
	Nombre del médico			
	Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

¿Ha tenido alguna vez la misma afección o una similar? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, complete lo siguiente.

Proveedor responsable				
	Nombre del hospital			
	Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
	Nombre del médico			
	Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

‡ 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.

Formulario de reclamación por discapacidad a largo plazo
Declaración del empleado (continuación)

Sección 4: Ingresos

Sí	No		Cantidad	Fecha de inicio (MMDDAAAA)	Fecha de finalización (MMDDAAAA)
☐	☐	Seguro Social (discapacidad o jubilación)	$		
☐	☐	Seguro estatal por discapacidad	$		
☐	☐	Jubilación (normal, temprana o por discapacidad)	$		
☐	☐	Compensación para trabajadores	$		
☐	☐	Beneficios grupales por discapacidad	$		
☐	☐	Otros (describa): _____	$		

Sección 5: Beneficios

¿Ha solicitado, o tiene pensado solicitar, alguno de los beneficios antes mencionados? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, complete lo siguiente.

Tipo	Fecha de presentación de la solicitud (MMDDAAAA)

Si se aprueba su solicitud de beneficios, ¿desea que retengamos cierta cantidad de cada cheque de beneficios a los fines del impuesto federal sobre la renta? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, ¿qué cantidad? Indique la cantidad por mes. $ _____

Si se aprueba su solicitud de beneficios, ¿desea que retengamos cierta cantidad de cada cheque de beneficios a los fines del impuesto estatal sobre la renta? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, ¿qué cantidad? Indique la cantidad por mes. $ _____

Sección 6: Firma

A mi leal saber y entender, toda la información aquí declarada es auténtica y está completa.

Para los residentes de New York, rige la siguiente declaración: toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros 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 para cada una de las infracciones.

Firma del empleado	Fecha (MMDDAAAA)
X	

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.

Discapacidad a largo plazo
Autorización del empleado para la divulgación de información

La autorización la debe completar el reclamante.

Autorización para la divulgación de información (de conformidad con la HIPAA)

Autorizo a cualquier médico autorizado, cualquier otro profesional o proveedor médico, farmacéutico, administrador de beneficios farmacéuticos, hospital, clínica, otro centro médico o relacionado con la medicina, agencia gubernamental federal, estatal o local, compañía de seguros o reaseguros de salud o de otro tipo, administrador de beneficios de salud, agencia de informes del consumidor o empleador que tenga información disponible en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier afección física o mental y/o tratamiento de mi persona o el pago de cualquiera de dichos diagnósticos, pronósticos y tratamientos, incluida cualquier información sobre la gestión de la atención o los servicios de coordinación que pueda recibir de mi aseguradora médica o administrador del plan de salud, y cualquier información no médica sobre mi persona, para proporcionar toda y cualquier información de este tipo a los representantes autorizados de los siguientes, en lo sucesivo denominados «Compañía de Seguros»: Standard Insurance Company, The Standard Life Insurance Company of New York. Entiendo que dicha información puede incluir, entre otros, registros médicos, dentales y hospitalarios y otros registros relacionados con la salud mental o psiquiátrica, el consumo de alcohol y drogas, enfermedades contagiosas e información sobre el HIV/AIDS, y reclamaciones y otros registros administrativos.

Entiendo que la información obtenida mediante el uso de esta autorización será utilizada por los representantes de la Compañía de Seguros para evaluar y adjudicar mi(s) reclamo(s) de incapacidad, y para el análisis interno de la Compañía de Seguros y para la presentación de informes de su negocio según lo permitido o requerido por la ley. Entiendo que la información obtenida a través de esta autorización puede ser divulgada a (a) cualquier especialista o entidad médica, de investigación, financiera o vocacional, o (b) cualquier otra organización o persona, empleada por o en representación de la Compañía de Seguros para ayudar con la evaluación y adjudicación de mi(s) reclamo(s) de incapacidad.

En la medida en que tengo cobertura de seguro de salud a través de Elevance Health Inc. (también conocida como Anthem, Inc.), o una de sus afiliadas o subsidiarias («Elevance»), autorizo a la Compañía de Seguros a compartir mi cobertura de seguro de discapacidad y la información de mi reclamo con Elevance a los fines de la posible coordinación de servicios que puedan beneficiarme. La información que puede ser compartida incluye, pero no se limita a, mi nombre, número de reclamo, fecha de incapacidad, fecha de regreso al trabajo, fecha de cierre del reclamo, información de salud tal como diagnósticos médicos, código(s) de diagnóstico, estado de salud y limitaciones y restricciones médicas.

Esta autorización es válida durante el período de tramitación de mi solicitud y expirará en la primera de las siguientes fechas: (a) 12 meses a partir de la fecha firmada a continuación o (b) la fecha en que finalice definitivamente mi solicitud. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. Entiendo que mi representante autorizado o yo mismo tenemos derecho a solicitar y recibir una copia de esta autorización y de la información a la que se refiere.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización notificando por escrito mi revocación a la Compañía de Seguros. Sin embargo, dicha revocación no será efectiva en la medida en que la Compañía de Seguros se haya basado previamente en esta autorización para el uso o divulgación de mi información. Además, comprendo que mi revocación de esta autorización, o el hecho de no firmarla, puede afectar a la capacidad de la compañía de seguros para evaluar mi(s) solicitud(es) de prestación por incapacidad y, en consecuencia, puede constituir una base para denegar mi(s) solicitud(es) de prestación por incapacidad.

La información médica obtenida no se volverá a divulgar sin mi autorización, a menos que lo permita o lo exija la ley, en cuyo caso es posible que no esté protegida por las normas federales de privacidad.

Firma — El asegurado/reclamante debe firmar e indicar la fecha.

Nombre del reclamante en letra de imprenta	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)
Firma del reclamante **X**	Fecha (MMDDAAAA)
Vínculo con la persona autorizada	Descripción de la facultad del representante personal si correspondiera. Si firmará un representante autorizado, adjunte la verificación de identidad.

Envíe el formulario completo a:
The Standard
Disability Claim Service Center - LTD Unit
P.O. Box 2717
Portland, OR 97208-9830

Servicio al Cliente:
Tel.: 800-232-0113
Fax: 800-850-0017

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.

Formulario de reclamación por discapacidad a largo plazo
Declaración del médico tratante

Sección 1: Antecedentes

Apellido del paciente	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Fecha en que aparecieron los síntomas o sucedió el accidente (MMDDAAAA)	Fecha en que el paciente dejó de trabajar por la discapacidad (MMDDAAAA)

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

¿Se debe la afección a una lesión o enfermedad surgida del empleo del paciente? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Nombres y direcciones de otros médicos tratantes

Sección 2: Diagnóstico: Si la afección discapacitante se debe a trastornos mentales o nerviosos, también deben completarse el *Cuestionario de Salud Mental y la Evaluación de Capacidades Funcionales* adjuntos.

Diagnóstico (incluidas las complicaciones)	Síntomas subjetivos	Si está embarazada, fecha estimada de parto

Resultados objetivos (incluidos radiografías, electrocardiogramas, datos de laboratorio y cualquier otro resultado clínico actual)

Sección 3: Tratamiento

Fecha de la primera visita (MMDDAAAA)	Fecha de la última visita (MMDDAAAA)	Frecuencia
		☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Otra: _____

Índole del tratamiento (incluidos la cirugía y los medicamentos recetados si correspondiera)

Sección 4: Progreso

Estado actual del paciente	Situación del paciente
☐ Recuperado ☐ Mejorado ☐ Sin cambios ☐ En regresión	☐ Ambulatorio ☐ Confinado en el hogar ☐ En reposo absoluto ☐ Internado

¿El paciente está mentalmente apto para endosar cheques y administrar los ingresos? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente ha estado internado en el hospital? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, complete lo siguiente.

Nombre del hospital	Internado desde (MMDDAAAA)	Hasta (MMDDAAAA)

Domicilio del hospital	Ciudad	Estado	Código postal

Sección 5: Estado cardíaco

Capacidad funcional (Asociación Estadounidense del Corazón [American Heart Association])	Presión arterial durante la última visita: _____/_____ (sistólica/diastólica)
☐ Clase 1 (sin limitaciones) ☐ Clase 2 (limitaciones leves) ☐ Clase 3 (limitaciones considerables) ☐ Clase 4 (limitaciones completas)	

Sección 6: Discapacidades

Discapacidades físicas

☐ Clase 1: sin limitación de la capacidad funcional; capaz de desempeñar trabajo pesado* sin restricciones (0 % a 10 %)
☐ Clase 2: actividad manual media* (15 % a 30 %)
☐ Clase 3: limitación leve de la capacidad funcional; capaz de desempeñar trabajo ligero* (35 % a 55 %)
☐ Clase 4: limitación moderada de la capacidad funcional; capaz de realizar actividad de oficina/administrativa (sedentaria*) (60 % a 70 %)
☐ Clase 5: limitación grave de la capacidad funcional; incapaz de desempeñar una actividad mínima (sedentaria*) (75 % al 100 %)

Comentarios:

*Según la definición del Diccionario Federal de Títulos Ocupacionales (Federal Dictionary of Occupational Titles).

‡ 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.

Formulario de reclamación por discapacidad a largo plazo
Declaración del médico tratante (continuación)

Sección 6: Discapacidades (continuación)

Impedimentos mentales (si correspondiera):

a. Defina "estrés" según corresponda en el caso del reclamante y teniendo en cuenta los requisitos de su empleo.

b. ¿Qué tipo de estrés y problemas de relaciones interpersonales ha tenido el reclamante en su empleo?

- ☐ Clase 1: el paciente es capaz de desempeñarse en situaciones de estrés y de involucrarse en relaciones interpersonales (sin limitaciones)
- ☐ Clase 2: el paciente es capaz de desempeñarse en la mayoría de las situaciones de estrés y de involucrarse en la mayoría de las relaciones interpersonales (limitaciones leves)
- ☐ Clase 3: el paciente es capaz de desempeñarse solo en algunas situaciones de estrés y de involucrarse solo en algunas relaciones interpersonales (limitaciones moderadas)
- ☐ Clase 4: el paciente es incapaz de desempeñarse en situaciones de estrés o de involucrarse en relaciones interpersonales (limitaciones considerables)
- ☐ Clase 5: el paciente presenta una pérdida significativa de su capacidad de adaptación psicológica, fisiológica, personal y social (limitaciones graves)

Sección 7: Rehabilitación

¿El paciente es un posible candidato para la rehabilitación ocupacional? ☐ 1 mes ☐ 1 a 3 meses ☐ 3 a 6 meses ☐ Nunca

¿Cuándo podría comenzar el empleo de prueba?

Trabajo propio del paciente: _____ (MMDDAAAA) ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial

Cualquier otro trabajo: _____ (MMDDAAAA) ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial

Sección 8: Comentarios adicionales

Limitaciones, terapia, etc.

Sección 9: Información del médico

Nombre del médico tratante en letra de imprenta	Título	Número de teléfono	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Firma del médico tratante **X**		Fecha (MMDDAAAA)	

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.

Formulario de Reclamaciones por Discapacidad a Largo Plazo
Cuestionario de Salud Mental

Solo debe completarse si la afección se debe a un trastorno mental o nervioso.

Sección 1: Información del paciente

Apellido del paciente	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Fecha de inicio del tratamiento (MMDDAAAA)	Frecuencia	Índole del tratamiento

Diagnóstico (use la nomenclatura y los códigos numéricos de la evaluación multiaxial DSM-IV)

Sección 2: Responda todos los puntos. Use páginas adicionales si fuera necesario.

Indique el motivo inicial por el cual el paciente solicita tratamiento.

Describa la situación actual del paciente y su estado mental.

Medicamentos: indique los medicamentos que toma actualmente, la dosis y la fecha en que empezó a tomarlos.

Resuma los objetivos del tratamiento actual.

Comentarios

Firma del médico	Fecha (MMDDAAAA)
X	

Borrar datos | Guardar e imprimir

The Standard
Disability Claim Service Center
P.O. Box 2717
Portland, OR 97208-9830
Teléfono: 800-232-0113
Fax: 800-850-0017
Correo electrónico: AL-Claims@standard.com

‡ 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.