Formulario de reclamación por discapacidad a corto plazo

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

Aviso importante para el empleado (lea atentamente): Usted o la persona que actúe en su nombre deben completar la Sección 1 y el empleador debe completar la Sección 2. Su médico debe completar la Sección 3. Además, complete y firme la *Autorización de divulgación de información, el Consentimiento para comunicaciones* y *los formularios de Acuerdo de reembolso*. Envíenos los formularios a la dirección o al número de fax indicados a la derecha. Su cooperación facilitará que los pagos se realicen rápidamente en el momento debido.

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

Aviso a los clientes sobre la supervisión del servicio telefónico: a fin de garantizar que nuestros clientes reciban un servicio de calidad, todas las llamadas telefónicas son grabadas. 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 certificación de la Comisión de Servicios Públicos de Georgia (Georgia Public Service Commission) para utilizar este equipo de supervisión.

Sección 1: debe completarla el empleado

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombrse	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

Número de Seguro Social	Domicilio del empleado	Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono principal	Número de teléfono alternativo	Número de fax	Dirección de correo electrónico

Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo	Nombre del empleador

Discapacidad debida a ☐ Enfermedad ☐ Lesión	Último día de trabajo debido a la discapacidad	Fecha de reincorporación efectiva al trabajo	Si aún no se reincorporó, fecha prevista de reincorporación

Si la discapacidad se debe a una lesión, ¿de qué tipo? ☐ Automovilística ☐ Compensación para trabajadores ☐ Doméstica ☐ Otro: _____
Complete los detalles del accidente, fecha y hora. Utilice una hoja adicional si es necesario.

_____

Autorizo la divulgación a o por parte de una o más de las siguientes (definidas en el presente como "compañía de seguro"): Standard Insurance Company, The Standard Life Insurance Company of New York, de la información médica o del seguro pertinente requerida para procesar mi reclamación. Entiendo que cualquier información obtenida conforme a esta autorización se usará únicamente para evaluar mi reclamación y puede ser transmitida a cualquier organización o persona empleada por la compañía de seguro o que la represente, para que colabore con este fin. Esta autorización tendrá validez durante el periodo de vigencia de mi reclamación. Entiendo que tengo derecho a solicitar y a recibir una copia de esta autorización. La fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

A mi leal saber y entender, toda la información aquí declarada es auténtica y está completa. Se requiere su firma para determinar los beneficios.

Para los residentes de New York, rige la siguiente declaración: Toda persona que, a sabiendas y con 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 pertinente, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y estará sujeta a una multa que no superará los cinco mil dolares y el valor establecido de la reclamación para cada una de las violaciones.

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

Sección 2: debe completarla el empleador

Número de póliza para grupos	Fecha de empleo (MMDDAAAA)	Fecha de entrada en vigencia del seguro	Ocupación/cargo

Número de Seguro Social del empleado	Número de empleado (si corresponde)	Clase de beneficios para el empleado ☐ Tiempo parcial ☐ Tiempo completo	Cant. de horas regulares trabajadas por semana

Última fecha que trabajó el empleado	Cant. de horas	Fecha de reincorporación prevista	Fecha de reincorporación efectiva al trabajo

Cantidad de beneficios semanales	Salario del empleado $_____ por ☐ Hora ☐ Semana ☐ Mes ☐ Año	Remuneración del empleado ☐ Por hora ☐ Asalariado

¿La lesión o la enfermedad se originó o tuvo lugar en el transcurso del trabajo remunerado? ☐ Sí ☐ No

¿La reclamación se efectúa para obtener la compensación para trabajadores del seguro de accidentes de trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Qué porcentaje paga el empleador de la prima del seguro por discapacidad a corto plazo? _____%

Si el empleado contribuye con la prima, los aportes se efectúan: ☐ Antes de impuestos ☐ Después de impuestos

¿El empleado está recibiendo alguna compensación (pago por enfermedad, vacaciones, continuación del salario)? ☐ Sí ☐ No Agregue más hojas si es necesario.
En caso afirmativo, indique fechas y cantidades: _____

Nombre del grupo	Dirección de la división o sucursal	Número de teléfono

Firma del representante del empleador **X**	Nombre en letra de imprenta del representante del empleador	Título	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 discapacidad a corto plazo
Declaración del médico tratante

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

Sección 3: debe completarla el médico

Nota para el médico: Con este formulario completo, el paciente podrá presentar una reclamación para obtener los beneficios por discapacidad, de manera individual y/o grupal. Complete todas las secciones del formulario; si una sección no corresponde, anote N/A en el área de la respuesta.

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

Dirección del paciente	Ciudad	Estado	Código postal

Diagnóstico actual: _____

ICD10/DSM5: _____

Quejas subjetivas: _____

Hallazgos objetivos: _____

¿El paciente alguna vez ha tenido una condición igual o parecida? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, especifique las fechas de tratamiento: _____

¿La lesión o la enfermedad se originó o tuvo lugar en el transcurso del trabajo remunerado? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
En caso afirmativo, explique: _____

¿La discapacidad se debe al embarazo? ☐ Sí ☐ No Fecha probable de parto: _____ Tipo de parto: ☐ Vaginal ☐ Cesárea

¿La paciente fue hospitalizada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique la fecha de parto: _____
Nombre del hospital/centro: _____

Naturaleza del procedimiento quirúrgico (si hubiera). Fecha en que se realizó: _____
Descripción detallada: _____

Primera fecha en que el paciente no puede trabajar	Fecha de la primera visita	Fecha de la última visita	Fecha de la próxima visita

Frecuencia de visitas: ☐ Semanales ☐ Mensuales ☐ Otra: _____

Plan de tratamiento: _____

Incapacidades funcionales: _____

Medicamentos y dosis actuales: _____

¿El paciente tiene el alta para reincorporarse al trabajo? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo: ☐ Tiempo completo, sin restricciones Fecha en que puede reincorporarse por completo: _____
☐ Trabajo ligero Fecha en que puede reincorporarse para trabajo ligero: _____
Especifique las restricciones, limitaciones, horas, el programa gradual de reincorporación al trabajo, etc.:
_____

¿El paciente es un posible candidato para un programa de rehabilitación? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente es capaz como para endosar cheques y administrar los ingresos de estos? ☐ Sí ☐ No

Nombre en imprenta del médico	Número de identificación impositiva del médico	Especialidad del médico

Dirección del médico	Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono del médico	Número de fax del médico	Dirección de correo electrónico del médico

Firma del médico	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

Discapacidad
Autorización del empleado para la divulgación de información
(conforme a la HIPAA)

Debe ser firmada y fechada por el asegurado/reclamante.

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. Debe ser firmada y fechada por el asegurado/reclamante.

Nombre del reclamante en letra de imprenta	Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)
Firma del reclamante **X**	Fecha (MMDDAAAA)
Relación de la persona autorizada	Descripción del poder del representante personal (si corresponde) (Si es firmado por el representante autorizado, adjuntar verificación de identidad).

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

The Standard
Disability Claim Service Center
P.O. Box 2717
Portland, OR 97208-9830

Borrar datos Guardar e imprimir

Servicio de Atención al Cliente:

Tel.:800-232-0113
Fax: 800-850-0017

‡ 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.