



TheStandard®

Standard Insurance Company
Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

**Beneficio Adelantado/
Beneficio adelantado por
fallecimiento Instrucciones
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Instructions)**

La Póliza colectiva de su empleador incluye una cláusula de Beneficio adelantado (Accelerated Benefit (AB, por sus siglas en inglés)) o Beneficio adelantado por fallecimiento (Accelerated Death Benefit (ADB, por sus siglas en inglés)). Consulte su Certificado para obtener detalles específicos, incluyendo el nombre del beneficio y los términos que se aplican a la cobertura de su empleador. Si necesita un Certificado, comuníquese con su empleador.

El AB/ADB le permite recibir un pago por adelantado de una parte de su Seguro de Vida Colectivo, una vez durante su vida, siempre que cumpla ciertos requisitos.

La siguiente información debe considerarse junto con la cláusula de AB/ADB en su Certificado.

- Debe consultar a su asesor fiscal y/o legal personal antes de solicitar un AB/ADB. La recepción de un AB/ADB puede estar sujeto a impuestos y puede afectar su derecho de participación para Medicaid u otros beneficios u otorgaciones del gobierno. Si usted cumple con la definición de “persona con enfermedad terminal” según la sección 101 del Código de Impuestos Internos, es posible que su AB/ADB no esté sujeto a impuestos.
- Usted debe padecer una Afección médica admisible según se define en la Póliza colectiva.
- Si usted tiene derecho a este beneficio, puede solicitar recibir una parte de su beneficio del Seguro de Vida como un AB/ADB.
- Algunas Pólizas colectivas requieren una cantidad mínima de Seguro de Vida, como por ejemplo \$10,000. El pago mínimo del beneficio AB/ADB puede ser de \$5,000 o del 10% de su Seguro de Vida Colectivo, la cantidad que sea mayor. Estas cantidades están sujetas a los términos de la Póliza colectiva de su empleador. Consulte su Certificado para conocer las cantidades que se aplican a la cobertura de su empleador.
- Si la Póliza colectiva permite un AB/ADB para su cónyuge o dependiente asegurado, las reclamaciones de beneficios se presentan en el formulario SI 12767 paquete de reclamación de Beneficio adelantado para el cónyuge/dependiente. Por favor, no utilice este formulario para reclamaciones de AB/ADB para el cónyuge/dependiente.

Your Employer's Group Policy includes an Accelerated Benefit (AB) or Accelerated Death Benefit (ADB) provision. See your Certificate for specific details, including the benefit name and the terms that apply to your Employer's coverage. If you need a Certificate, contact your Employer.

The AB/ADB allows you to receive an early payment of a portion of your group life insurance, once during your lifetime, provided you meet certain requirements.

The following information should be considered in conjunction with the AB/ADB provision in your Certificate.

- You should consult your personal tax advisor and/or legal advisor before you apply for an AB/ADB. The receipt of an AB/ADB may be taxable and may affect your eligibility for Medicaid or other government benefits or entitlements. If you meet the definition of “terminally ill individual” in the Internal Revenue Code Section 101, your AB/ADB may be non-taxable.
- You must have a Qualifying Medical Condition as defined in the Group Policy.
- If you are eligible for this benefit, you may apply to receive part of your Life Insurance Benefit as an AB/ADB.
- Some group policies require you to have a minimum of amount of life insurance, such as \$10,000. The minimum AB/ADB benefit payment may be \$5,000 or 10% of your group life insurance, whichever is greater. These amounts are subject to the terms in your Employer's Group Policy. Refer to your Certificate for the amounts that apply to your Employer's coverage.
- If the Group Policy allows an AB/ADB for your insured Spouse or Dependent, benefit claims are filed on form SI 12767 Spouse/Dependent Accelerated Benefit Claim Packet. Please do not use this form for Spouse/Dependent AB/ADB



TheStandard®

Standard Insurance Company
Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

**Beneficio Adelantado/
Beneficio adelantado por
fallecimiento Instrucciones
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Instructions)**

Para solicitar el AB/ADB, debe presentar un paquete de reclamación con todos los formularios llenos. Los cuatro formularios que se incluyen en su paquete de reclamación son:

To apply for the AB/ADB, you must submit a completed claim packet. The four forms in your claim packet are:

1. Reclamación del empleado y Autorización para pago

Por favor, responda a cada pregunta de la mejor manera posible. Si una pregunta no se aplica a usted, explique brevemente por qué. Si no hay suficiente espacio en el formulario, utilice una hoja de papel adicional. Recuerde firmar y fechar el formulario. Si no firma el formulario, se lo podemos devolver para que lo firme

Además, el Consentimiento de pago completado debe ser notariado si responde sí a las preguntas 2, 3 o 4 de la página 3 de la Reclamación del empleado.

2. Autorización para obtener y divulgar información

Firme y feche este formulario. Esto nos permitirá obtener la información necesaria para determinar su derecho de participación para este beneficio. Esta Autorización también nos permite divulgar esta información a terceros para los propósitos descritos en la Autorización. Si lo solicita, recibirá una copia de esta Autorización.

3. Declaración del médico tratante

- Usted debe llenar la Parte A.
- Su médico debe llenar la Parte B. Si más de un médico trata su afección médica, debe llenar una declaración por cada médico.

4. Declaración del empleador

Este formulario debe ser llenado en su totalidad por su empleador. Por favor, asegúrese de que su empleador devuelva el formulario a The Standard.

1. Employee's Claim/Payment Consent

Please answer each question to the best of your ability. If a question does not apply to you, briefly explain why. If not enough space is given on the form, use an additional sheet. Remember to sign and date the form. An unsigned form may be returned for your signature.

Also, the completed Payment Consent must be notarized if you answer yes to questions 2, 3, or 4 on page 3 of the Employee's Claim.

2. Authorization to Obtain and Release Information

Sign and date this form. This will enable us to obtain the information necessary to determine your eligibility for this benefit. The Authorization also allows us to release this information to other parties for purposes specified on the Authorization. You will receive a copy of this Authorization upon your request.

3. Attending Physician's Statement

- Part A is completed by you.
- Part B is completed by your physician. If more than one physician treats your medical condition, a statement should be completed by each physician.

4. Employer's Statement

This form should be completed entirely by your Employer. Please see that your Employer returns the form to The Standard.

Es su responsabilidad asegurarse de que todos los formularios necesarios se llenen y se envíen de vuelta a nuestra oficina.

You are responsible for making sure all required forms are completed and returned to our office.

**Beneficio Adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Reclamación del empleado
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Employee's Claim)**

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

Su respuesta completa y precisa a cada pregunta nos ayuda a evaluar su reclamación. Tenga en cuenta que la Declaración del empleador y la Declaración del médico tratante son formularios que su empleador y su médico deben llenar. Es su responsabilidad asegurarse de que todos los formularios sean presentados a The Standard. (Your complete and accurate answer to each question helps us evaluate your claim. Note, the Employer's Statement and Attending Physician's Statement are forms your Employer and Physician need to complete. It is your responsibility to ensure all forms are submitted to The Standard.)

Nombre completo _____ (Full Name)			
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)		Número de Seguro Social _____ (Social Security Number)	
Dirección _____ (Street Address)			
Ciudad _____ (City)		Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Número(s) de teléfono _____ (Phone Number(s))		Correo electrónico _____ (Email Address)	
¿Puede darnos su autorización para dejar información confidencial médica y/o de beneficios por correo de voz en su celular o teléfono personal? (May we have your authorization to leave confidential medical and/or benefit information by voicemail on your personal cell or telephone?)			
☐ Sí ☐ No y/o solicitarle información por correo electrónico: ☐ Sí ☐ No Por favor, ponga sus iniciales: _____ para confirmar su elección. (and/or request information from you by email) (Please initial) (to confirm your election.)			
Sexo _____ (Gender)		Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado (Marital Status) (Single) (Married) (Widowed) (Divorced)	
¿Con quién podemos comunicarnos si no podemos localizarle? _____ (Who may we contact if we cannot reach you?) (Nombre, relación, número de teléfono) (Name, Relationship, Phone Number)			

Nombre del empleador y contacto del empleador _____ (Name of Employer & Employer Contact)		Número de póliza _____ (Policy Number)	
Dirección _____ (Street Address)			
Ciudad _____ (City)		Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Número(s) de teléfono _____ (Phone Number(s))		Correo electrónico _____ (Email Address)	
Actualmente, ¿está trabajando en su propia profesión o en alguna otra? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es no, indique _____ (Are you now working at your occupation or another occupation?) su último día de trabajo (If no, last day of work)			
¿Es usted autoempleado en cualquier actividad? ☐ Sí ☐ No (Are you self-employed at any activity?)			
¿Ha solicitado otras reclamaciones con The Standard? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, indique el/los número(s) de reclamación _____ (Have you applied for other claims with The Standard?) (If yes, list the claim number(s))			

**Beneficio Adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Reclamación del empleado
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Employee's Claim)**

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

Nombre completo _____
(Full Name)

Describa su afección médica actual.
(Describe your present medical condition.)

**Adjunte copias de los datos de laboratorio, resultados de pruebas especiales (tomografía computarizada o resonancia magnética, electrocardiograma, etc.), informes quirúrgicos, resúmenes de alta del hospital, notas de historial médico o informes narrativos.
Attach copies of laboratory data, results of special tests (CAT or MRI scans, EKG, etc.), surgical reports, hospital discharge summaries, chart notes, or narrative reports.**

**Proporcione la siguiente información del médico tratante. Adjunte una hoja adicional para enumerar a más médicos.
(Provide the following treating physician information. Attach a separate sheet for additional physicians.)**

Nombre del médico _____ Especialidad _____
(Physician's Name) (Specialty)

Dirección _____
(Street Address)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
(City) (State) (ZIP)

Número de teléfono _____ Número de fax _____
(Phone Number) (Fax Number)

Fecha de la primera consulta _____ Fecha de la última consulta _____
(Date first consulted) (Date last consulted)

¿Está actualmente hospitalizado, en un hogar de ancianos o en otro centro de atención? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, indique lo siguiente:
(Are you currently hospitalized, in a nursing home, or other care facility?) (If yes, provide the following)

Nombre del hospital o establecimiento _____
(Hospital or Facility Name)

Dirección _____
(Street Address)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
(City) (State) (ZIP)

Número de teléfono _____ Número de fax _____
(Phone Number) (Fax Number)

Fecha de la primera consulta _____ Fecha de la última consulta _____
(Admission Date) (Discharge Date)

¿Recibe actualmente atención a domicilio? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, su cuidado es ☐ A tiempo completo (Full-time)
(Are you currently receiving in-home care?) (If yes, care is) ☐ A medio tiempo (Part-time)

Describa la atención a domicilio que recibe y quién la proporciona _____
(Describe the in-home care you receive and who provides it)

**Beneficio Adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Reclamación del empleado
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Employee's Claim)**

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

Nombre completo _____
(Full Name)

¿Qué cantidad de Seguro de Vida tiene con The Standard? _____
(How much life insurance do you have with The Standard?)

*Generalmente, debe tener al menos \$10,000 de seguro para tener derecho de participación.
(*Generally, you must have at least \$10,000 of insurance to be eligible.)

¿Qué porcentaje de su Seguro de Vida solicita que se le pague como beneficio AB/ADB? _____ %
(What percentage of your life insurance are you requesting be paid as an AB/ADB benefit?)

*Generalmente, el mínimo del AB/ADB es de \$5,000 o el 10% de su seguro, y el máximo del AB/ADB es de \$500,000 dólares o el 75% de su seguro.
(*Generally, the minimum AB/ADB is \$5,000 or 10% of your insurance, and the maximum AB/ADB is \$500,000 or 75% of your insurance.)

**Estas cantidades están sujetas a los términos de la Póliza colectiva de su empleador. Consulte la cláusula del AB/ADB de su Certificado para conocer las cantidades que se aplican a la cobertura de su empleador.
(*These amounts are subject to the terms in your Employer's Group Policy. Consult the AB/ADB provision in your Certificate for the amounts that apply to your Employer's coverage.)*

1. Tiene usted un decreto de divorcio aprobado por el tribunal, acuerdo de manutención por separación o acuerdo de separación de bienes que requiera que todo o parte de su Seguro de Vida se pague a su ex cónyuge, cónyuge o hijos? ☐ Sí ☐ No
(Do you have a court-approved divorce decree, separate maintenance agreement, or property settlement agreement which requires all or part of your life insurance be paid to your former spouse, spouse, or children?)

2. ¿Está casado y viviendo en un estado de comunidad de bienes (Arizona, California, Idaho, Louisiana, Nevada, New Mexico, Texas, Washington o Wisconsin)? ☐ Sí ☐ No
(Are you married and living in a community-property state (Arizona, California, Idaho, Louisiana, Nevada, New Mexico, Texas, Washington or Wisconsin)?)

**Si la respuesta es sí, su cónyuge debe llenar el consentimiento por escrito para el pago de un AB/ADB.
(If yes, your spouse must complete the attached written consent for payment of an AB/ADB.)**

3. Una asignación es una transferencia de sus derechos conforme a esta póliza; no se refiere a su designación de beneficiario. ¿Ha hecho una asignación de todo o parte de su seguro? ☐ Sí ☐ No
(An assignment is a transfer of your rights under this policy; it does not refer to your beneficiary designation. Have you made an assignment of all or part of your insurance?)

**Si la respuesta es sí, la persona designada debe llenar el consentimiento por escrito adjunto para el pago de un AB/ADB.
(If yes, the assignee must complete the attached written consent for payment of an AB/ADB.)**

4. ¿Se ha declarado en quiebra? ☐ Sí ☐ No
(Have you filed for bankruptcy?)

(Si usted está cubierto por una póliza emitida en Connecticut, Illinois o Texas, no es necesario que responda.)
(If you are covered under a policy issued in CT, IL, or TX, you are not required to respond.)

**Si la respuesta es sí, el fideicomisario en quiebra u otro oficial del Tribunal de quiebra debe llenar el consentimiento por escrito adjunto para el pago de un AB/ADB.
(If yes, the trustee in bankruptcy or other official of the Bankruptcy Court must complete the attached written consent for payment of an AB/ADB.)**

5. ¿Le exige una agencia gubernamental que utilice el AB/ADB para solicitar, recibir o continuar recibiendo un beneficio u otorgamiento del gobierno? ☐ Sí ☐ No
(Are you required by a government agency to use the AB/ADB to apply for, receive, or continue a government benefit or entitlement?)

(Si usted está cubierto bajo una póliza emitida en Connecticut, no es necesario que conteste.)
(If you are covered under a policy issued in CT, you are not required to respond.)

6. ¿Ha solicitado la conversión o ha convertido alguna cantidad de su Seguro de Vida en una Póliza individual? ☐ Sí ☐ No
(Have you applied to convert or have you converted any amount of your life insurance to an individual policy?)

**Beneficio Adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Reclamación del empleado
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Employee's Claim)**

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

Nombre completo _____
(Full Name)

Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y completas y que, a mi leal saber y entender, constituyen la base de mi reclamación de un AB/ADB. Entiendo que la recepción de un AB/ADB puede estar sujeta a impuestos y afectar mi derecho de participación para Medicaid u otros beneficios u otorgaciones del gobierno. También entiendo que, si cumpla con la definición de "persona con enfermedad terminal" de la sección 101 del Código de Impuestos Internos, mi AB/ADB puede no estar sujeto a impuestos, y estos asuntos deberían ser consultados con mi asesor fiscal y/o legal antes de solicitar un AB/ADB. Además, entiendo que este beneficio constituye un pago adelantado del Seguro de Vida, y que no tiene la intención ni fue creado para proporcionar beneficios de salud, hogar de ancianos o cuidados a largo plazo.

I certify the above answers are true and complete and to the best of my knowledge and belief form the basis of my claim for an AB/ADB. I do understand that the receipt of an AB/ADB may be taxable and affect my eligibility for Medicaid or other government benefits or entitlements. I also understand that if I meet the definition of "terminally ill individual" of the Internal Revenue Code Section 101, my AB/ADB may be non-taxable and these matters should be discussed with my tax and/or legal advisor before applying for an AB/ADB. I further understand that this benefit provides for an accelerated payment of life insurance and is not intended nor designed to provide health, nursing home or long term care benefits.

¿Tiene el reclamante un representante legal? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "Sí", indique el tipo de representante legal, proporcione la información que se indica a continuación y adjunte una copia de la documentación correspondiente que otorgue la autorización.

Does the claimant have a legal representative? ☐ Yes ☐ No
If "Yes," indicate the type of legal representative, provide information below and attach a copy of the appropriate documentation granting authority.

☐ Poder notarial (médico o financiero) ☐ Tutor legal ☐ Curador
(Power of Attorney (Medical or Financial)) (Legal Guardian) (Conservator)

Nombre _____ Relación/Puesto _____
(Name) (Relationship/Title)

Dirección _____
(Street Address)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____
(City) (State) (ZIP) (Phone Number)

Firma

Certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Afirmo que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 7 de este formulario.

Signature

I certify the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge I have read the fraud notice on page 7 of this form.

Firma _____ Fecha _____
(Signature) (Date)

Avisos de fraude del formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

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

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

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

CALIFORNIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

COLORADO RESIDENTS

It is unlawful to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to the policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con la reclamación.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

FLORIDA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE

Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a un proceso judicial y sancionatorio por fraude de seguros, según lo estipulado en los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated (RSA, por sus siglas en inglés)) 638:20.

NEW HAMPSHIRE RESIDENTS

Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.

Avisos de fraude del formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

RESIDENTES DE NEW MEXICO

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficios, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

RESIDENTES DE NUEVA YORK

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

RESIDENTES DE PENNSYLVANIA

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

RESIDENTES DE TEXAS

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

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.

NEW JERSEY RESIDENTS

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

NEW MEXICO RESIDENTS

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

NEW YORK RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim, containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

TEXAS RESIDENTS

Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

ALL OTHER RESIDENTS

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

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

**Beneficio adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Consentimiento de pago
Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Payment Consent**

Llene este formulario solo si respondió sí a las preguntas 2, 3 o 4 de la página 4 de la Reclamación del empleado.
(Complete this form only if you answered yes to questions 2, 3, or 4 on page 4 of the Employee's Claim.)

Nombre completo _____
(Full Name) (nombre del reclamante del AB/ADB)
(name of AB/ADB claimant)

ESTADO DE _____)
(STATE OF)

Condado de _____) ss.
(County of)

El infrascrito, habiendo sido debidamente juramentado, atestigua y dice:
(The undersigned, on oath being first duly sworn, depose and say)

Mi relación con _____ es:
(My relationship to) (nombre del reclamante del AB/ADB) (name of AB/ADB claimant) (is)

- ☐ Cónyuge domiciliado en un estado de comunidad de bienes
(Spouse living in a community property state)
- ☐ Designado bajo una asignación
(Assignee under an assignment)
- ☐ Fideicomisario en quiebra u otro oficial del Tribunal de quiebra
(Trustee in bankruptcy or other official of the Bankruptcy Court)

Entiendo que el pago de un AB/ADB reduce la cantidad de
seguro pagadero en caso de fallecimiento del reclamante del
AB/ADB por la cantidad del AB/ADB pagado.

I understand that payment of an AB/ADB reduces the amount
of insurance payable on the death of the AB/ADB claimant
by the amount of the AB/ADB paid.

Firma (Signature)

Suscrito y bajo juramento ante mí el _____ día de _____
(Subscribed and sworn to before me this) (day of)

Notario público del (Notary Public for the)

Estado de _____
(State of)

Mi comisión termina _____
(My commission expires)

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

Empleador/Nombre del titular de la póliza _____
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva _____
(Group Policy Number)

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

- Cualquier médico, médico tratante o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro consultorio relacionado con servicios médicos o asociación de médicos.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros o de anualidades.
- Cualquier empleador, titular de la póliza o patrocinador del plan.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia (como beneficios estatutarios) o un programa de anualidades.
- Cualquier organización o programa de enseñanza, profesional o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de informes para el consumidor, institución financiera, contador o elaborador de declaraciones de impuestos.
- Cualquier agencia del gobierno (*por ejemplo, la Administración del Seguro Social, el Sistema Público de Jubilaciones, la Junta de Jubilaciones de los Ferrocarriles, la Junta de Compensación de Trabajadores, etc.*).

A DAR ESTA INFORMACIÓN:

- Registros, notas, radiografías, informes operativos, registros de laboratorio y de medicamentos y toda otra información médica sobre mí, como antecedentes médicos, diagnósticos, pruebas y sus resultados. Pronósticos y tratamiento de cualquier enfermedad física o mental, como por ejemplo:
 - Cualquier trastorno del sistema inmunitario, como VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o cualquier otro síndrome o complejos relacionados.
 - Cualquier enfermedad o trastorno contagioso.
 - Cualquier enfermedad psiquiátrica o psicológica, así como resultados de exámenes, a excepción de las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia no hacen referencia ni al resumen de diagnóstico, ni al estado funcional, ni al plan de tratamiento, ni a los síntomas, ni al pronóstico ni a la evolución a la fecha.
 - Cualquier enfermedad, tratamiento o terapia relacionados con la drogadicción y alcoholismo.

y:

- Cualquier información que no sea médica solicitada sobre mí, incluso en temas tales como enseñanza, antecedentes laborales, ingresos o finanzas, discusiones o evaluaciones de adaptación para regreso al trabajo y el derecho a recibir otros beneficios o periodos de licencia, entre otros, el estado de reclamaciones, cantidad de subsidios, pagos, condiciones del convenio, fechas de vigencia o cancelación, aportaciones al plan o programa, etc.

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

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

TO GIVE THIS INFORMATION:

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

and:

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

Empleador/Nombre del titular de la póliza _____
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva _____
(Group Policy Number)

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

- Reconozco que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a entregar y divulgar toda mi historia clínica sin reservas.
- Entiendo que cada una de Las Compañías y el Administrador de ausencias reunirán mi información solo si están administrando o tomando una decisión sobre mi(s) reclamación(es) de incapacidad o de licencia de ausencia, y usarán la información para decidir si tengo derecho a recibir los beneficios o la licencia de ausencia.
- Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y el derecho de revocarla en cualquier momento enviando una declaración por escrito a Las Compañías y al Administrador de ausencias, excepto en la medida en que la autorización ya se haya utilizado para divulgar los registros solicitados. La revocación de esta autorización o el hecho de no firmarla podrían limitar la capacidad de Las Compañías y del Administrador de ausencias de evaluar o tramitar mi(s) reclamación(es), y podría ser causa de que se rechace(n) o cierre(n) mi(s) reclamación(es) de beneficios o licencia de ausencia.
- Entiendo que, mientras están llevando a cabo los procesos de su negocio, Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden proporcionar a terceros alguna información acerca de mí. Pueden divulgar información a una reaseguradora, a un administrador del plan, a un patrocinador del plan o a cualquier persona que les preste servicios comerciales o legales con respecto a mi(s) reclamación(es). Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán a mi empleador la información que sea necesaria para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y las discusiones de las adaptaciones, y cuando realicen actividades en los planes de incapacidad autofinanciados (y no asegurados) de mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y reglamentos estatales y federales promulgados para proteger mi confidencialidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede tener que someterse a una nueva divulgación con mi autorización, o como permita o estipule la ley. La información que Las Compañías y el Administrador de ausencias retengan y divulguen puede no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)).

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

- I acknowledge that any agreements I have made to restrict my protected health information do not apply to this authorization and I instruct the persons and organizations identified above to release and disclose my entire medical record without restriction.
- I understand that each of The Companies and Absence Manager will gather my information only if they are administering or deciding my disability or leave of absence claim(s), and will use the information to determine my eligibility or entitlement for benefits or leave of absence.
- I understand that I have the right to refuse to sign this authorization and a right to revoke this authorization at any time by sending a written statement to The Companies and Absence Manager, except to the extent the authorization has been relied upon to disclose requested records. A revocation of the authorization, or the failure to sign the authorization, may impair The Companies and Absence Manager’s ability to evaluate or process my claim(s), and may be a basis for denying or closing my claim(s) for benefits or leave of absence.
- I understand that in the course of conducting its business The Companies and Absence Manager may disclose to other parties information about me. They may release information to a reinsurer, a plan administrator, plan sponsor, or any person performing business or legal services for them in connection with my claim(s). I understand that The Companies and Absence Manager will release information to my employer necessary for absence management, for return to work and accommodation discussions, and when performing administration of my employer’s self-funded (and not insured) disability plans.
- I understand that The Companies and Absence Manager comply with state and federal laws and regulations enacted to protect my privacy. I also understand that the information disclosed to them pursuant to this authorization may be subject to redisclosure with my authorization or as otherwise permitted or required by law. Information retained and disclosed by The Companies and Absence Manager may not be protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA].

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

Empleador/Nombre del titular de la póliza _____
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva _____
(Group Policy Number)

- Entiendo y acepto que esta autorización, mientras se use para obtener información, permanecerá en vigencia a partir de la fecha de la firma que aparece abajo:
 - Para Standard Insurance Company, la duración de mi(s) reclamación(es) o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, la duración de mi(s) reclamación(es) o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- Entiendo y acepto que Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden compartir esta información entre sí con respecto a mi(s) reclamación(es) de incapacidad y de licencia de ausencia. Esta autorización para compartir información permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece abajo.
- Reconozco que he leído esta autorización y el aviso correspondiente a New Mexico que aparece en la página 13. Una fotocopia o un fax de esta autorización son tan válidos como el original, y se me proporcionará una copia si la solicito.
- I understand and agree that this authorization as used to gather information shall remain in force from the date signed below:
 - For Standard Insurance Company, the duration of my claim(s) or 24 months, whichever occurs first.
 - For The Standard Life Insurance Company of New York, the duration of my claim(s) or 24 months, whichever occurs first.
 - For Absence Manager, 24 months.
- I understand and agree that The Companies and Absence Manager may share information with each other regarding my disability and leave of absence claim(s). This authorization to share information shall remain valid for 12 months from the date signed below.
- I acknowledge that I have read this authorization and the New Mexico notice on page 12. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

Nombre (por favor escriba con letra de molde) _____ Número de reclamación _____
(Name (please print)) (Claim Number)

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

Si la firma pertenece al representante legal (p. ej., apoderado, tutor o un curador), por favor adjunte la documentación pertinente que indique el estado legal.
(If signature is provided by legal representative (e.g., Attorney in Fact, guardian or conservator), please attach documentation of legal status.)

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

Empleador/Nombre del titular de la póliza _____
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva _____
(Group Policy Number)

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

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

El estado de Nuevo México nos obliga a proporcionarle la siguiente información de conformidad con la Ley de Protección de Seguro contra Violencia Doméstica.

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

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

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

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

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

FOR RESIDENTS OF NEW MEXICO

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

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

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

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

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

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

**Beneficio adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Declaración del médico tratante
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Attending Physician's Statement)**

El paciente es responsable de llenar este formulario por su cuenta. Requerimos información médica completa para evaluar la reclamación de AB/ADB del asegurado. (The patient is responsible for the completion of this form at their own expense. We require comprehensive medical information in order to evaluate the insured's claim for AB/ADB.)

Parte A. Para que lo llene el paciente (Part A. To Be Completed By Patient)

Nombre completo _____ (Full Name)		
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	Número de Seguro Social _____ (Social Security Number)	
Dirección _____ (Street Address)		
Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Número(s) de teléfono _____ (Phone Number(s))	Dirección de correo electrónico _____ (Email Address)	
¿Puede darnos su autorización para dejar información confidencial médica y/o de beneficios por correo de voz en su celular o teléfono personal? (May we have your authorization to leave confidential medical and/or benefit information by voicemail on your personal cell or telephone?)		
☐ Sí ☐ No o solicitarle información por correo electrónico: ☐ Sí ☐ No Por favor, ponga sus iniciales: _____ para confirmar su elección. (and/or request information from you by email) (Please initial) (to confirm your election.)		
Sexo _____ (Gender)	Número de póliza _____ (Policy Number)	Número de reclamación _____ (Claim Number)

Part B. To Be Completed By Physician (Para ser llenada por el médico)

The purpose of this form is to help us determine whether your patient is eligible for accelerated payment of life insurance proceeds. We need to evaluate the clinical condition of your patient. (El propósito de este formulario es ayudarnos a determinar si su paciente tiene derecho de participación para el pago adelantado de los ingresos del Seguro de Vida. Necesitamos evaluar el estado clínico de su paciente.)

Diagnosis (Diagnóstico)
Primary _____ (Primario)
Secondary _____ (Secundario)
Course of treatment, including medications _____ (Tratamiento planeado, incluya medicamentos)
Prognosis _____ (Pronóstico)
Based on the diagnosis and prognosis above, does the patient have a terminal condition? _____ (Según el diagnóstico y el pronóstico anteriores, ¿tiene el paciente una enfermedad terminal?)

**Beneficio adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Declaración del médico tratante
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Attending Physician's Statement)**

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

Claimant's Name _____
(Nombre del reclamante)

In your opinion, what is the patient's life expectancy?
(En su opinión, ¿cuál es la esperanza de vida del paciente?)

- ☐ Less than 6 months
(Menos de 6 meses)
- ☐ 6 to 12 months
(6 a 12 meses)
- ☐ 12 to 24 months
(12 a 24 meses)
- ☐ Greater than 24 months
(Más de 24 meses)
- ☐ Other
(Otro)

***Important Information
Please Attach
(Información importante
por favor, adjunte)***

***copies of laboratory data, results of special tests (CAT or MRI scans, EKG, etc.), surgical reports, hospital discharge summaries, chart notes, or narrative reports.
(copias de los datos de laboratorio, resultados de pruebas especiales
(Tomografía computarizada o resonancia magnética, electrocardiograma, etc.), informes quirúrgicos, resúmenes de alta del hospital, notas de historial médico o informes narrativos.)***

Weight _____ Height _____
(Peso) (Estatura)

Objective Findings – Objective documentation must be included to support life expectancy _____
(Hallazgos objetivos – Debe incluirse documentación objetiva que respalde la esperanza de vida)

Symptoms _____
(Síntomas)

When did symptoms first appear? _____
(¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas?)

Date you recommended patient should stop working _____ Why? _____
(Fecha en la que recomendó que el paciente dejara de trabajar) (¿Por qué?)

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

Beneficio adelantado/ Beneficio adelantado por fallecimiento Declaración del médico tratante (Accelerated Benefit/ Accelerated Death Benefit Attending Physician's Statement)

Claimant's Name _____
(Nombre del reclamante)

Dates and Nature of Treatment (Fecha y motivo del tratamiento)

(a)	Date of first visit _____ (Fecha de la primera consulta)	Date of last visit _____ (Fecha de la última consulta)
(b)	Frequency ☐ Weekly ☐ Monthly ☐ Other <i>Specify</i> _____ (Frecuencia) (Semanal) (Mensual) (Otro) (Especifique)	
(c)	Will treatment substantially improve function and life expectancy? ☐ Sí ☐ No <i>If yes, specify</i> _____ (¿El tratamiento mejorará sustancialmente la función y la esperanza de vida?) (Si la respuesta es sí, especifique)	

Progress (Evolución)

What is this individual's functional status? Please check the most appropriate level.
(¿Cuál es el estado funcional de la persona? Por favor, marque el nivel más apropiado.)

*The Karnofsky Performance Status Scale
(Escala de rendimiento de Karnofsky)*

CONDITION (CONDICIÓN)	PERCENTAGE (PORCENTAJE)	COMMENTS (COMENTARIOS)
Able to carry on normal activity and to work. No special care is needed. (Capaz de realizar actividades normales y trabajar. No se necesita atención especial.)	☐ 100	Normal, no complaints, no evidence of disease. (Normal, sin quejas, sin evidencias de enfermedad.)
	☐ 90	Able to carry on normal activity, minor signs or symptoms of disease. (Capaz de realizar actividades normales, signos o síntomas leves de la enfermedad.)
	☐ 80	Normal activity with effort, some signs or symptoms of disease. (Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de la enfermedad.)
Unable to work. Able to live at home, care for most personal needs. A varying degree of assistance is needed. (Incapacitado para trabajar. Capaz de vivir en casa y atender la mayoría de sus necesidades personales. Necesita ayuda en medida variable.)	☐ 70	Cares for self. Unable to carry on normal activity or to do active work. (Se cuida a sí mismo. Incapacitado para realizar actividades normales o trabajar activamente.)
	☐ 60	Requires occasional assistance but is able to care for most personal needs. (Necesita ayuda ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades personales.)
	☐ 50	Requires considerable assistance and frequent medical care. (Necesita ayuda considerable y una atención médica frecuente.)
Unable to care for self. Requires equivalent of institutional or hospital care. Disease may be progressing rapidly. (Incapacitado para cuidarse a sí mismo. Necesita atención equivalente a la institucional u hospitalaria. La enfermedad puede estar avanzando rápidamente.)	☐ 40	Disabled, requires special care and assistance. (Incapacitado, necesita atención y ayuda especial.)
	☐ 30	Severely disabled, hospitalization is indicated, although death not imminent. (Gravemente incapacitado; se recomienda la hospitalización, aunque la muerte no sea inminente.)
	☐ 20	Hospitalization necessary, very sick, active supportive treatment necessary. (Hospitalización necesaria, la enfermedad está muy avanzada y se necesita tratamiento de apoyo activo.)
	☐ 10	Moribund, fatal processes progressing rapidly. (Moribundo, los procesos fatales avanzan rápidamente.)

If patient has been hospitalized, please provide the name, address, and phone number of the hospital.
(Si el paciente ha sido hospitalizado, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del hospital.)

Admitted _____ Discharged _____ Phone _____ Fax _____
(Fecha de admisión) (Fecha de alta) (Teléfono) (Fax)

Do you believe the patient is competent to manage insurance benefits? ☐ Sí ☐ No
(¿Cree que el paciente tiene la capacidad de administrar los beneficios del seguro?)

If no, is the patient competent to appoint someone to help manage the insurance benefits? ☐ Sí ☐ No
(Si la respuesta es no, ¿el paciente tiene la capacidad para pedirle a alguien que le ayude a administrar los beneficios del seguro?)

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

**Beneficio adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Declaración del médico tratante
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Attending Physician's Statement)**

Claimant's Name _____
(Nombre del reclamante)

List Other Treating or Referring Physicians

(Enumere a los otros médicos tratantes o a quienes el paciente ha sido remitido)

NAME (NOMBRE)		ADDRESS (DIRECCIÓN)	
1. _____	Address and City (Dirección y Ciudad)	State (Estado)	ZIP (Código postal)
Phone _____ (Teléfono)	Fax _____ (Fax)		
2. _____	Address and City (Dirección y Ciudad)	State (Estado)	ZIP (Código postal)
Phone _____ (Teléfono)	Fax _____ (Fax)		

Physician Completing This Form *Please print or type.*

(Médico que llena este formulario *Por favor escriba a máquina o con letra de molde)*

Name of Physician _____ (Nombre del médico)		Specialty _____ (Especialidad)	
Address _____ (Dirección)	City _____ (Ciudad)	State _____ (Estado)	ZIP _____ (Código postal)
Phone _____ (Teléfono)	Fax _____ (Fax)		

Acknowledgement

I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 18 of this form.

Confirmación

Por este medio certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Reconozco que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 18 de este formulario.

Signature _____ Date _____
(Firma) (Fecha)

Avisos de fraude del formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

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

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

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

CALIFORNIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

COLORADO RESIDENTS

It is unlawful to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to the policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con la reclamación.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

FLORIDA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE

Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a un proceso judicial y sancionatorio por fraude de seguros, según lo estipulado en los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated (RSA, por sus siglas en inglés)) 638:20.

NEW HAMPSHIRE RESIDENTS

Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.

Avisos de fraude del formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

RESIDENTES DE NEW MEXICO

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficios, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

RESIDENTES DE NUEVA YORK

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

RESIDENTES DE PENNSYLVANIA

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

RESIDENTES DE TEXAS

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

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.

NEW JERSEY RESIDENTS

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

NEW MEXICO RESIDENTS

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

NEW YORK RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim, containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

TEXAS RESIDENTS

Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

ALL OTHER RESIDENTS

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

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

**Beneficio adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Declaración del empleador
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Employer's Statement)**

Por favor escriba claramente en letra de molde y responda todas las preguntas. Si deja preguntas sin contestar, el formulario le será devuelto. (Please print clearly and complete all questions. Form may be returned for completion of unanswered questions.)

1. Empleado (Employee)

Nombre del empleado _____ (Name of Employee)		
Dirección _____ (Street Address)		
Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Puesto _____ (Job Title)	Número(s) de teléfono _____ (Phone Number(s))	
N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	Fecha de nacimiento _____ (Date of Birth)	Sexo _____ (Gender)

2. Información sobre la situación laboral (Work Status Information)

Fecha de contratación _____ (Date of hire)	Fecha de entrada en vigencia del seguro del empleado _____ (Effective date of Employee's insurance)
Miembro del sindicato ☐ Sí ☐ No (Union Member)	Si la respuesta es sí, escriba el nombre del sindicato y contacto _____ (If yes, Union name and contact)
Situación laboral del empleado en la fecha en la que empezó la incapacidad: _____ (Employee's status on date disability commenced)	
¿Estaba el empleado trabajando activamente el día antes de que empezara la incapacidad? ☐ Sí ☐ No (Was Employee Actively at Work the day before disability commenced?)	
Número de horas trabajadas a la semana _____ (Number of hours worked per week)	Último día de trabajo antes de que empezara la incapacidad _____ (Last day of work before disability commenced)
¿El empleado fue despedido? ☐ Sí ☐ No (Is Employee terminated?)	Fecha de despido _____ (Termination Date)
Motivo del despido _____ (Reason for termination)	

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

Beneficio adelantado/ Beneficio adelantado por fallecimiento Declaración del empleador (Accelerated Benefit/ Accelerated Death Benefit Employer's Statement)

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

3. Ingresos (Earnings)

En el momento en que el reclamante dejó de trabajar, ¿cuáles eran sus ingresos?
(At the time the claimant ceased work, what were their earnings?)

☐ Ingresos básicos mensuales (Basic Monthly Earnings)	Tarifa mensual \$ _____ (Monthly Rate)	☐ Ingresos básicos semanales (Basic Weekly Earnings)	Tarifa semanal \$ _____ (Weekly Rate)
☐ Ingresos básicos anuales (Basic Yearly Earnings)	Tarifa anual \$ _____ (Annual Rate)	☐ Ingresos básicos por hora (Basic Hourly Earnings)	Tarifa por hora \$ _____ (Hourly Rate)
☐ Ingresos básicos por contrato (Basic Contract Earnings)	Cantidad del contrato \$ _____ (Contract Amount)	Duración del contrato _____ (Length of Contract)	
☐ Comisiones. <i>Por favor, adjunte la lista de comisiones pagadas por el periodo especificado en su Póliza colectiva.</i> (Commissions. <i>Please attach list of commissions paid for the period specified in your group policy.</i>)			
☐ Diferencial por turno (Shift Differential)	☐ Bonos (Bonuses)		
Fecha del último aumento _____ (Date of last increase)	Ingresos antes del aumento _____ (Earnings prior to increase)	por _____ (per)	Fecha de entrada en vigencia _____ (Effective Date)

4. Cantidad del seguro (Amount of Insurance)

¿El empleado estaba cubierto por el Seguro de Vida Colectivo con The Standard en la fecha en que dejó de trabajar? ☐ Sí ☐ No
(Was employee covered by Group Life Insurance with The Standard on cease work date?)

**Información importante
por favor, adjunte
(Important Information
Please Attach)**

**el formulario de inscripción original y todos los formularios posteriores que cambien el beneficio y/o el beneficiario.
(original Enrollment form and any subsequent forms changing benefit and/or beneficiary.)**

Cantidad del Seguro de Vida Básico \$ _____ Extra/Opcional \$ _____ Complementario/Voluntario \$ _____
(Amount of Basic Life Insurance) (Additional/Optional) (Supplemental/Voluntary)

¿Cobertura para dependientes? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ☐ Cónyuge \$ _____ ☐ Hijo \$ _____
(Dependent's Coverage?) (If yes,) (Spouse) (Child)

IMPORTANTE: Por favor, continúe realizando los pagos de las primas hasta que se le notifique lo contrario.
(IMPORTANT: Please continue payment of premiums until otherwise notified.)

Si ya ha dejado de realizar los pagos de las primas, indique la fecha hasta la cual se pagaron _____
(If premiums have already been terminated, give date paid through)

Standard Insurance Company

Life Waiver Of Premium Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.368.1135 Tel 971.321.5838 Fax

**Beneficio adelantado/
Beneficio adelantado por fallecimiento
Declaración del empleador
(Accelerated Benefit/
Accelerated Death Benefit
Employer's Statement)**

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

5. Representante del empleador que llena este formulario *Por favor escriba a máquina o con letra de molde.*
(Employer Representative Completing This Form *Please print or type.*)

Empleador _____ (Employer)	Representante _____ (Representative)	
Dirección _____ (Address)	Código postal _____ (ZIP)	
Teléfono _____ (Phone)	Fax _____ (Fax)	Número de póliza _____ (Policy Number)
Correo electrónico _____ (Email)		

Confirmación

Por este medio certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Reconozco que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 23 de este formulario.

Acknowledgement

I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 23 of this form.

Firma _____
(Signature)

Puesto _____
(Title)

Fecha _____
(Date)

Avisos de fraude del formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

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

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

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

CALIFORNIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

COLORADO RESIDENTS

It is unlawful to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to the policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con la reclamación.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

FLORIDA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE

Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a un proceso judicial y sancionatorio por fraude de seguros, según lo estipulado en los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated (RSA, por sus siglas en inglés)) 638:20.

NEW HAMPSHIRE RESIDENTS

Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.

Avisos de fraude del formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

RESIDENTES DE NEW MEXICO

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficios, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

RESIDENTES DE NUEVA YORK

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

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

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

RESIDENTES DE TEXAS

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

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.

NEW JERSEY RESIDENTS

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

NEW MEXICO RESIDENTS

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

NEW YORK RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim, containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

TEXAS RESIDENTS

Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

ALL OTHER RESIDENTS

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