



Favor de leer con atención

Su seguro colectivo provee un beneficio que hace una exención de pagos de prima de su Seguro de Vida Colectivo para aquellos miembros que tengan derecho a ello por no poder trabajar en ninguna de las profesiones para las que tengan la enseñanza, capacitación y experiencia.

En la mayoría de los casos, un individuo debe tener 60 años de edad o menos cuando su incapacidad comienza para tener derecho a la Exención de prima. Si tiene preguntas sobre el requisito de edad bajo su Seguro de Vida Colectivo con nosotros, favor de comunicarse con nuestra oficina.

Si tiene derecho a este beneficio, su Seguro de Vida Colectivo permanecerá en vigencia sin pagos de prima por el tiempo en que no pueda trabajar o el periodo de beneficio máximo especificado en la póliza colectiva o la Declaración del empleador de cobertura. Favor de ver la sección de su Certificado de Seguro que trata con la cobertura durante una incapacidad total para mayor información sobre el beneficio de Exención de prima.

Para poder solicitar este beneficio, usted debe llenar y entregar un paquete de reclamación. Su paquete de reclamación incluye cuatro formularios. Todas las preguntas en estos formularios son importantes. Favor de contestarlas a su mejor saber. Si una sección no le es pertinente o si la información no está disponible, favor de indicarlo en el espacio adecuado.

Los tres formularios en su paquete de reclamación son:

1. Declaración del empleado

Favor de llenar la declaración en su totalidad. Si no hay suficiente espacio en el formulario, favor de usar otra hoja. Recuerde de firmar y fechar la Declaración. Una Declaración no firmada le será devuelta para que la firme.

2. Autorización para obtener y divulgar información

Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia

Favor de firmar y fechar la Autorización para obtener y divulgar información y anexarla a la Declaración del empleado. Al firmar este formulario, Standard Insurance Company podrá obtener la información necesaria para confirmar su derecho de participación para este beneficio. Esta Autorización para obtener y divulgar información también nos permite divulgar esta información a otras partes para los propósitos descritos en la Autorización.

Please Read Carefully

Your group insurance provides a benefit which waives further payment of Group Life Insurance premiums for eligible members who are unable to work at all reasonable occupations for which they are suited by reason of education, training and experience.

In most cases, an individual must be less than 60 years of age at commencement of disability to qualify for Waiver of Premium. If you have a question regarding the age requirement under your Group Life Insurance with us, please contact our office.

If you are eligible for this benefit, your Group Life Insurance will remain in force without payment of premiums for the remainder of your inability to work, or the maximum benefit period specified in the Group Policy or your Employer's Statement of Coverage. Please refer to the section of your Certificate of Insurance which deals with coverage during total disability for further information on the Waiver of Premium benefit.

In order to apply for this benefit, you must submit a completed claim packet. Your claim packet consists of four forms. All questions on these forms are important. Please answer them to the best of your ability. If a section does not apply to you, or the information is unavailable, please indicate that in the space provided.

The three forms in your claim packet are:

1. Employee's Statement

Please complete the entire Statement. If not enough space is given on the form, please use an additional sheet. Remember to sign and date the Statement. An unsigned Statement will be returned for your signature.

2. Authorization to Obtain and Release Information

Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes

Please sign and date the Authorization to Obtain and Release Information and attach it to the Employee's Statement. Your signature on this form enables Standard Insurance Company to obtain the information necessary to determine your eligibility for this benefit. The Authorization to Obtain and Release Information also allows us to release this information to other parties for purposes specified on the Authorization.



TheStandard®

Standard Insurance Company
Employee Benefits – Waiver of Premium
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

**Exención de prima
Paquete de instrucciones
de reclamación
(Waiver of Premium
Claim Packet Instructions)**

Favor de firmar y regresar la Autorización para obtener y divulgar información y la Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia si ha consultado o ha sido tratado por un psiquiatra, psicoterapeuta, psicólogo, asistente social clínico (MSW (maestría en asistencia social), MCSW (maestría en asistencia social clínica), etc.) o cualquier otro proveedor de tratamiento para una enfermedad mental.

A petición suya, recibirá copias de estas autorizaciones.

3. Declaración del médico tratante

Favor de proporcionar los datos del miembro en la parte superior del formulario y el resto del formulario debe ser llenado por su médico. Una declaración debe ser llenada por cada médico si ha consultado a más de un médico por su incapacidad. Su médico deberá enviar el formulario llenado directamente a The Standard.

Usted es responsable de garantizar que todos los formularios necesarios sean llenados y regresados a nuestra oficina. El trámite de su reclamación empezará una vez que hayamos recibido todos los formularios llenos. Si tiene alguna duda, por favor no dude en comunicarse a nuestras oficinas.

If you have seen or been treated by a Psychiatrist, Psychotherapist, Psychologist, Clinical Social Worker (MSW, MCSW, etc.), or any other provider of treatment for a mental condition, please sign and return the Authorization to Obtain and Release Information *and* the Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes.

You will receive copies of these Authorizations upon your request.

3. Attending Physician's Statement

Please provide the member information at the top of the form and the remainder of the form should be completed by your physician. If you have seen more than one physician for your disability, a statement should be completed by each one. Your physician(s) should mail the completed form directly to The Standard.

You are responsible for making sure all required forms are completed and returned to our office. Processing of your claim will begin when all completed forms are received. Should you have any questions, our office is available to assist you.

Favor de escribir en letra de molde o a máquina y responder todas las preguntas. Si no responde todas las preguntas, es posible que se le devuelva el formulario.

(Please type or print, and complete all questions. Form may be returned for completion of unanswered questions.)

Empleado (Employee)

Nombre y apellido _____ (Full Name)		N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)	
Domicilio _____ (Street Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino (Sex) (Male) (Female)	
¿Tiene una póliza de seguro de vida individual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Do you have an individual life insurance policy?)			
Si es sí, indique el nombre de la compañía de seguros, dirección y número de teléfono. (If yes, indicate insurance carrier name, address and telephone number.)			

¿Recibió un Certificado de Seguro de Vida Colectivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Did you receive a Group Life Certificate of Insurance?)			
¿Recibió un folleto de Seguro de Vida Colectivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Did you receive a Group Life Brochure?)			

Empleo (Employment)

Nombre del empleador _____ (Name of Employer)		N.º de póliza colectiva _____ (Group Policy No.)	
Dirección _____ (Street Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)	Puesto _____ (Job Title)		
Describa sus tareas. (Describe your duties)			

Fecha de contratación _____ (Date Hired)		Último día en el trabajo _____ (Last Day at Work)	
Fecha en la cual pudo trabajar en su profesión debido a una enfermedad o lesión _____ (Date you became unable to work at your occupation as a result of illness or injury)			
¿Se encuentra trabajando en su propia profesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you working at your occupation?)		¿o en otra profesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (or another occupation?)	
<i>Si es "sí" favor de llenar lo siguiente (If "yes" please complete the following)</i>			
_____		_____ (_____) _____	
Nombre del empleador (Employer's Name)		Dirección (Address)	
Número de telefonor (Phone Number)			
Puesto _____ (Job Title)		Fecha de empleo _____ (Date of Employment)	
_____		_____ (_____) _____	
Nombre del empleador (Employer's Name)		Dirección (Address)	
Número de telefonor (Phone Number)			
Puesto _____ (Job Title)		Fecha de empleo _____ (Date of Employment)	
¿Está buscando empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you currently seeking employment?)			
¿Alguna de sus tareas es autónoma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you self-employed at any activity?)		Puesto _____ (Job Title)	
Fecha en que regresó a trabajar por jornada media _____ (Date you resumed part-time work)		Fecha en que regresó a trabajar por jornada completa _____ (Date you resumed full-time work)	

Enfermedad (Sickness)

Fecha en que la notó por vez primera _____ (Date first noticed)	¿Cuál es su enfermedad? _____ (What is your illness?)
Describa los síntomas. (Please describe symptoms)	
¿Había tenido antes esta misma enfermedad o una enfermedad relacionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha _____ (Date)	

Accidente (Accident)

Describa las lesiones _____ (Describe Injuries)
Causa de las lesiones _____ (Cause of Injuries)
Hora, fecha y ubicación del accidente (Time, Date and Location of Accident)

Incapacidad (Disability)

Explique cómo su enfermedad o lesión le impiden trabajar. (Explain how your illness or injury prevents you from working)

Médico tratante (Attending Physician)

Nombre del médico _____ (Physician's Name)			
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)	N.º de fax (_____) _____ (Fax No.)		
Dirección _____ (Street Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Especialidad _____ (Specialty)	Fecha de la primera consulta por esta lesión o enfermedad _____ (Date first consulted for injury or illness)	Fecha de la última consulta _____ (Date Last Seen)	
<i>Haga una lista de otros médicos que haya consultado por esta lesión o enfermedad. Puede anexar una hoja separada para nombrar a médicos extra si fuera necesario. (List all other physicians consulted for this injury or illness. You may attach separate sheet for additional physicians if needed)</i>			

Nombre _____ (Name) Especialidad _____ (Specialty) Dirección _____ (Address) <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP) </div> <hr/> N.º de teléfono (____) _____ N.º de fax (____) _____ (Phone No.) (Fax No.) Fecha de la primera consulta _____ (Date First Visit) Fecha de la última consulta _____ (Date Last Visit)	Nombre _____ (Name) Especialidad _____ (Specialty) Dirección _____ (Address) <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Ciudad (City) Estado (State) Código postal (ZIP) </div> <hr/> N.º de teléfono (____) _____ N.º de fax (____) _____ (Phone No.) (Fax No.) Fecha de la primera consulta _____ (Date First Visit) Fecha de la última consulta _____ (Date Last Visit)
--	--

Hospital (Hospital)

*Favor de llenar esta sección si fue hospitalizado por esta enfermedad. Favor de adjuntar una copia de la facturación del hospital si está disponible.
 (If you were hospitalized for this condition, please complete. Please attach copy of hospital bill, if available.)*

Nombre del hospital _____
 (Hospital Name)

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

De _____ Hasta _____ Motivos por la hospitalización _____
 (From) (Through) (Reason for Hospitalization)

De _____ Hasta _____ Motivos por la hospitalización _____
 (From) (Through) (Reason for Hospitalization)

Beneficios (Benefits)

*Marque los beneficios que ha solicitado y la sección según sea su situación.
 (Please check the benefits you have applied for and the appropriate status box.)*

Solicitado (Applied)	Recibiendo (Receiving)	Vigencia (Effective)	Rechazado (Denied)	En apelación (Appealing)
<input type="checkbox"/> Seguro Social (Social Security)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Corto Plazo (Short Term Disability)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro _____ (Other) (p. ej. jubilación, beneficios del sindicato, desempleo, etc.) (e.g., retirement, union benefits, unemployment, etc.)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Favor de enviar con esta solicitud copias de cualquier carta o aviso de las fuentes o agencias mencionadas anteriormente.
 (Please send copies of any letters/notices from the above sources/agencies with this application.)*

Enseñanza (Education)

Favor de indicar el último año escolar que haya terminado _____ (Please indicate the highest grade of school completed)			
¿Recibió un diploma de la secundaria (high school)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Did you receive a high school diploma?)	Año _____ (Year)	¿Diploma de enseñanza general (General Education Diploma o GED)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año _____ (Year)
¿Estudió en la universidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Did you attend college?)	Especialidad _____ (Major)	¿Se graduó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Did you graduate?)	Título _____ Año _____ (Degree) (Year)
¿Estudios de posgrado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Graduate School?)	Especialidad _____ (Major)	¿Se graduó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Did you graduate?)	Título _____ Año _____ (Degree) (Year)
Favor de describir programas de capacitación o educación técnica o vocacional a los que haya asistido (<i>p. ej. soldadura, mecánica automotriz, de oficina, etc.</i>) (Please describe any vocational or technical education training programs you have attended (<i>e.g., Welding, Auto Mechanics, Clerical, etc.</i>))			
Escuela o instituto _____ (School or Institute)		Fechas de _____ a _____ (Dates From) (To)	
Título o certificado recibido _____ (Degree or Certificate received)		Clase de habilidades adquiridas _____ (Type of skills acquired)	
Favor de describir cualquier programa de capacitación de aprendizaje que haya atendido (<i>p. ej. plomería, construcción, etc.</i>) (Please describe any apprenticeship training programs you have attended (<i>e.g., Plumbing, Construction, etc.</i>))			
Escuela o instituto _____ (School or Institute)		Fechas de _____ a _____ (Dates From) (To)	
Título o certificado recibido _____ (Degree or Certificate Received)		Clase de habilidades adquiridas _____ (Type of Skills Acquired)	
Favor de describir la capacitación que haya recibido en su trabajo. (Please describe any in-house training sessions you have attended)			
Favor de describir la maquinaria o herramientas que haya usado. (Please describe any machines or tools you have used.)			
Favor de describir cualquier trabajo de supervisión que hay tenido. (Please describe any supervisory duties you have had.)			
Favor de nombrar las licencias profesionales que haya recibido (<i>e.g., Real Estate, Teaching Cert., Pilots, etc.</i>) (Please list any professional licenses you have obtained (<i>e.g., Real Estate, Teaching Cert., Pilots, etc.</i>))		¿Están vigentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are they current?)	
¿Tiene licencia para conducir válida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Do you now have a valid driver's license?)	¿Licencia de chofer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Chauffeur's License?)	¿Licencia comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Commercial?)	

¿Está o ha participado en un programa de entrenamiento profesional? Sí No
 (Are you or have you been engaged in a vocational retraining program?)

Si es sí, favor de dar fechas de participación _____ hasta _____
 (If yes, please list participation dates) (through)

¿Lo está ayudando un consejero con su búsqueda de empleo? Sí No *Si es sí, favor de llenar lo siguiente*
 (Is a counselor assisting you with your job search?) *(If yes, please complete the following)*

Nombre del consejero _____ Clase de programa _____
 (Counselor’s Name) (Type of Program)

Nombre de la firma o agencia _____
 (Firm/Agency Name)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 (Street Address) (City) (State) (ZIP)

N.º de teléfono (_____) _____ N.º de Fax (_____) _____
 (Phone No.) (Fax No.)

Antecedentes laborales y experiencia (Work History and Experience)

*Llene lo siguiente empezando con su experiencia de trabajo reciente. Si tiene un currículum vitae, favor de anexarlo. Si fuera necesario, anexe páginas extra para dar todos sus antecedentes laborales. Nombre todos los títulos de los puestos que haya tenido con cada empleador.
 (Complete the following, starting with your most recent work experience. If you have a resume, please attach. If necessary, attach additional pages to complete work history. List all job titles you’ve had at each employer.)*

Fechas de empleo (Dates of Employment)	Nombre de la compañía y título del puesto (Company Name and Job Title)	Describa sus tareas y responsabilidades (Describe Duties/Responsibilities)	Salario (mensual) (Salary (mo))
De (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
A (To)	Puesto (Job Title)		
De (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
A (To)	Puesto (Job Title)		
De (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
A (To)	Puesto (Job Title)		
De (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
A (To)	Puesto (Job Title)		
De (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
A (To)	Puesto (Job Title)		

De (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
A (To)	Puesto (Job Title)		
De (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
A (To)	Puesto (Job Title)		

Favor de describir cualquier **servicio militar** que haya prestado.
 (Please describe any **Military Service** you have had)

Rama _____ Rango _____ Fechas de _____ A _____
 (Branch) (Rank) (Dates From) (To)

Clase de entrenamiento recibido _____
 (Type of training received)

En el espacio de abajo, describa en breve sus intereses personales, profesionales y pasatiempos que tenga.
 (In the space below briefly describe your personal interests, occupational interests, and any hobbies that you may have)

<p>Aceptación</p> <p>Por este medio certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas que he dado a las preguntas son completas y verdaderas. Declaro que he leído el aviso de fraude en la página 9 de este formulario.</p> <p>Firma _____ (Signature)</p>	<p>Acknowledgement</p> <p>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 9 of this form.</p> <p>Fecha _____ (Date)</p>
---	---

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información:

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida comete un delito y puede hacerse objeto de multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection, California law requires the following to appear on this form: 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.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía aseguradora y todo agente de una compañía aseguradora que proporcione a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de defraudarlo o tratar de defraudarlo con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del dinero procedente del seguro deberán ser reportados a la División de Seguros de Colorado, del Departamento de Agencias Regulatorias.

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 proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con objeto de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. El delito se puede sancionar con prisión y multas. Además, la aseguradora podrá negar los beneficios de seguro si el solicitante presentó información falsa materialmente relacionada con una 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

Toda 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 será 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 MARYLAND Y RHODE ISLAND

Toda persona que a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o de beneficios, o que a sabiendas y deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede ser objeto de multas y encarcelamiento.

MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

Any person who knowingly and willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly and 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 NUEVA JERSEY

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa se hará objeto de sanciones penales y civiles.

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.

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, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también se hará objeto de sanciones civiles que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

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, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tal acción puede clasificarse como un delito grave y se le pueden imponer multas cuantiosas.

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.

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.

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

AUTORIZO A LAS PERSONAS que tengan cualquier registro o sepan algo 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 organismo de gobierno (*por ejemplo, Administración del Seguro Social, Sistema Público de Jubilación, Consejo de Jubilación de Ferrocarriles, Consejo 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 períodos 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.

PARA STANDARD INSURANCE COMPANY, THE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, THE STANDARD BENEFIT ADMINISTRATORS Y SUS REPRESENTANTES AUTORIZADOS (conocidos como "Las Compañías", individualmente y colectivamente), Y EL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA DE AUSENCIAS DE MI EMPLEADOR ("Administrador de ausencias").

- Declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no forma parte de esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a entregar y divulgar toda mi historia clínica sin restricciones.
- Entiendo que cada una de Las Compañías y el Administrador de ausencias obtendrán mi información sólo si están administrando o tomando una decisión sobre mi reclamación bajo el seguro de vida, desmembramiento o incapacidad, o por licencia por ausencia y usarán la información para confirmar mi derecho o si tengo derecho a subsidios o licencia por ausencia.

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.

TO STANDARD INSURANCE COMPANY, THE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, THE STANDARD BENEFIT ADMINISTRATORS 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 a claim(s) under my life, dismemberment and/or disability insurance, or leave of absence claim, and will use the information to determine my eligibility or entitlement for benefits or leave of absence.

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

- Entiendo que tengo el 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, salvo hasta el punto en que esta autorización haya sido esencial para divulgar los registros solicitados. La revocación de esta Autorización o el hecho de no firmarla podrían dañar la capacidad de Las Compañías y el Administrador de ausencias de evaluar o tramitar mi reclamación y podría ser la base del rechazo o cierre de mi reclamación por subsidios o licencia por ausencia.
- Entiendo que en el curso de realizar sus negocios, Las Compañías y el Administrador de ausencias podrían divulgar mi información a terceros. Podrían proporcionarle información a reaseguradoras, al administrador del plan o a cualquier persona llevando a cabo negocios o prestándoles servicios jurídicos a ellos en relación con mi reclamación. Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán la información que sea necesaria a mi empleador para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y discusiones de adaptación y cuando administran el plan de incapacidad autofinanciado (y no asegurado) por mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y regulaciones estatales y federales promulgadas para proteger mi confidencialidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede necesitar una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. La información que Las Compañías y el Administrador de ausencias retenga y divulgue puede no estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA).
- Entiendo y estoy de acuerdo que esta autorización, al ser usada para obtener información, permanecerá en vigencia a partir de la fecha de la firma que aparece abajo:
 - Para Standard Insurance Company, el largo de tiempo de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, el largo de tiempo de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Benefit Administrators, el largo de tiempo de mis reclamaciones administradas por The Standard Benefit Administrators o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- Entiendo y estoy de acuerdo que Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden compartir esta información entre sí con respecto a mis reclamaciones de seguro de vida, desmembramiento o incapacidad y licencia por ausencia. Esta autorización para compartir mi información permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece a.
- Declaro que he leído esta autorización y el aviso de Nuevo México en la página 13. Una fotocopia o un facsímil (fax) de esta autorización son tan válidos como el original y se me proporcionará uno de ellos si lo solicito.
- 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].
- 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 The Standard Benefit Administrators, the duration of my claim(s) administered by The Standard Benefit Administrators 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 life, dismemberment and/or disability insurance claim(s) and leave of absence claim. 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 13. 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) _____ N.º de Seguro Social _____
(Name (please print)) (Social Security No.)

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

Si la firma pertenece al representante legal (p. ej., apoderado, tutor o conservador), por favor anexe la documentación 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)

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. Un administrador de ausencias puede ser contratado por su empleador y 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.

La anexa Autorización le permite a Standard Insurance Company obtener datos personales para confirmar si usted tiene derecho a subsidios del seguro. La información que nos proporcionó sobre usted y de otras fuentes puede incluir información confidencial sobre abuso. "Información confidencial sobre abuso" hace referencia a información sobre hechos de violencia doméstica o estado de violencia, la dirección del trabajo o del domicilio, el número telefónico de una víctima de violencia doméstica o el estado de un solicitante o asegurado como familiar, empleador o asociado de una víctima de violencia doméstica o una persona con quien el solicitante o asegurado se sepa que tiene una relación directa, cercana, familiar o de asesoría sobre violencia. Con respecto a la información confidencial sobre abuso, se puede revocar esta autorización por escrito, la que entraría en vigencia diez días después de haber sido recibida por Standard Insurance Company, dando por entendido de que hacerlo puede provocar que se rechace una reclamación o cambie adversamente una resolución pendiente de seguros.

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.

Tiene el derecho de revisar la información confidencial sobre abuso obtenida por Standard Insurance Company mediante una solicitud por escrito. Standard Insurance Company le enviará por correo una copia de la información relativa en un plazo de 30 días hábiles después de recibir la solicitud. Puede solicitar que corriamos, enmendemos o anulemos cualquier información confidencial sobre abuso que cree que es incorrecta después de haber revisado la información. Standard Insurance Company revisará con atención su solicitud y hará los cambios que se justifiquen. Si desea mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, escribanos para recibir una notificación en detalle.

Si desea ser persona protegida (víctima de violencia doméstica que ha informado a Standard Insurance Company que es o ha sido víctima de violencia doméstica) y participar en el programa de confidencialidad de información sobre su domicilio de Standard Insurance Company, debe enviar su solicitud a la misma dirección que aparece arriba.

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.

Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia (Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes)

AUTORIZO A LAS PERSONAS que tengan cualquier registro o sepan algo 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.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia (entre otros beneficios estatutarios)
- Cualquier organismo de gobierno (*por ejemplo, Administración del Seguro Social, Sistema Público de Jubilación, Consejo de Jubilación de Ferrocarriles, Consejo de Compensación de Trabajadores, etc.*).

A DAR ESTA INFORMACIÓN:

- Notas registradas por un proveedor de servicios médicos quien es un profesional en psicoterapia que documente o analice el tema de las conversaciones durante una consulta privada, en grupo, conjunta o en familia y que son por separado de mi historia clínica.

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

- Declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no forma parte de esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a entregar y divulgar toda mi historia clínica sin restricciones.
- Entiendo que cada una de Las Compañías y el Administrador de ausencias obtendrán mi información sólo si están administrando o tomando una decisión sobre mi reclamación por incapacidad o licencia por ausencia y usarán la información para confirmar mi derecho o si tengo derecho a subsidios o licencia por ausencia.
- Entiendo que tengo el 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, salvo hasta el punto en que esta autorización haya sido esencial para divulgar los registros solicitados. La revocación de esta Autorización o el hecho de no firmarla podrían dañar la capacidad de Las Compañías y el Administrador de ausencias de poder evaluar o tramitar mi reclamación y podría ser la base del rechazo o cierre de mi reclamación por subsidios o licencia por ausencia.

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.
- Any organization or entity administering a benefit or leave program (including statutory benefits)
- Any government agency (*for example, Social Security Administration, Public Retirement System, Railroad Retirement Board, Workers’ Compensation Board, etc.*).

TO GIVE THIS INFORMATION:

- Notes recorded by a health care provider who is a mental health professional documenting or analyzing the contents of conversation(s) during a private counseling session or a group, joint, or family counseling session and that are separated from the rest of my medical record.

TO STANDARD INSURANCE COMPANY, THE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, THE STANDARD BENEFIT ADMINISTRATORS 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.

Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia (Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes)

- Entiendo que en el curso de realizar sus negocios, Las Compañías y el Administrador de ausencias podrían divulgar mi información a terceros. Podrían proporcionarme información a reaseguradoras, al administrador del plan o a cualquier persona llevando a cabo negocios o prestándoles servicios jurídicos a ellos en relación con mi reclamación. Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán la información que sea necesaria a mi empleador para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y discusiones de adaptación y cuando administran el plan de incapacidad autofinanciado (y no asegurado) por mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y regulaciones estatales y federales promulgadas para proteger mi confidencialidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede necesitar una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. La información que Las Compañías y el Administrador de ausencias retenga y divulgue puede no estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA).
- Entiendo y estoy de acuerdo que esta autorización, al ser usada para obtener información, permanecerá en vigencia a partir de la fecha de la firma que aparece abajo:
 - Para Standard Insurance Company, el largo de tiempo de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, el largo de tiempo de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Benefit Administrators, el largo de tiempo de mis reclamaciones administradas por The Standard Benefit Administrators o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- Entiendo y estoy de acuerdo que Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden compartir esta información entre sí con respecto a mis reclamaciones por incapacidad y licencia por ausencia. Esta autorización para compartir mi información permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece abajo.
- Declaro que he leído esta autorización y el aviso de Nuevo México en la página 16. Una fotocopia o un facsímil (fax) de esta autorización son tan válidos como el original y se me proporcionará uno de ellos si lo solicito.
- 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].
- 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 The Standard Benefit Administrators, the duration of my claim(s) administered by The Standard Benefit Administrators 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 16. 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) _____ N.º de Seguro Social _____
(Name (please print)) (Social Security No.)

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

Si la firma pertenece al representante legal (p. ej., apoderado, tutor o conservador), por favor anexe la documentación 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 notas de psicoterapia (Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes)

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. Un administrador de ausencias puede ser contratado por su empleador y 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.

La anexa Autorización le permite a Standard Insurance Company obtener datos personales para confirmar si usted tiene derecho a subsidios del seguro. La información que nos proporcionó sobre usted y de otras fuentes puede incluir información confidencial sobre abuso. “Información confidencial sobre abuso” hace referencia a información sobre hechos de violencia doméstica o estado de violencia, la dirección del trabajo o del domicilio, el número telefónico de una víctima de violencia doméstica o el estado de un solicitante o asegurado como familiar, empleador o asociado de una víctima de violencia doméstica o una persona con quien el solicitante o asegurado se sepa que tiene una relación directa, cercana, familiar o de asesoría sobre violencia. Con respecto a la información confidencial sobre abuso, se puede revocar esta autorización por escrito, la que entrará en vigencia diez días después de haber sido recibida por Standard Insurance Company, dando por entendido de que hacerlo puede provocar que se rechace una reclamación o cambie adversamente una resolución pendiente de seguros.

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.

Tiene el derecho de revisar la información confidencial sobre abuso obtenida por Standard Insurance Company mediante una solicitud por escrito. Standard Insurance Company le enviará por correo una copia de la información relativa en un plazo de 30 días hábiles después de recibir la solicitud. Puede solicitar que corriamos, enmendemos o anulemos cualquier información confidencial sobre abuso que cree que es incorrecta después de haber revisado la información. Standard Insurance Company revisará con atención su solicitud y hará los cambios que se justifiquen. Si desea mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, escribanos para recibir una notificación en detalle.

Si desea ser persona protegida (víctima de violencia doméstica que ha informado a Standard Insurance Company que es o ha sido víctima de violencia doméstica) y participar en el programa de confidencialidad de información sobre su domicilio de Standard Insurance Company, debe enviar su solicitud a la misma dirección que aparece arriba.

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.

Parte A. Para ser llenada por el paciente (Part A: To Be Completed By Patient)

Nombre (Name)	Número de reclamación (Claim Number)	Fecha (Date)
Fecha de nacimiento (Date of Birth)	N.º de Seguro Social (Soc. Sec. No.)	Nombre del analista (Analyst Name)

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

The purpose of this form is to help us determine whether the clinical condition of this individual is disabling. It is necessary for us to document functional impairment. Please complete the following report as completely as possible and provide copies of all objective data. (El propósito de este formulario es ayudarnos a confirmar si el estado clínico de esta persona la incapacita. Es necesario para que nosotros documentemos insuficiencia funcional. Por favor llene el siguiente informe en su totalidad y proporcione copias de todos los datos objetivos.)

1. Primary Diagnosis (Diagnóstico principal) (_____)
ICD Code (Código de CIE) Major source of impairment (Causa principal de la insuficiencia)

Secondary Diagnosis (Diagnóstico secundario) (_____)
ICD Code (Código de CIE) Diagnosis not contributing to this impairment (Diagnósticos que no contribuyen a esta insuficiencia)

1a. Date you recommended patient stop working _____
 (Fecha en que recomendó al paciente que dejara de trabajar)

2. Describe the symptoms and how the above diagnoses affect this individual's ability to work in at least a sedentary level work environment.
 (Describe los síntomas y como el diagnóstico mencionado arriba interfiere con la habilidad de este individuo para trabajar por lo menos en un ambiente de nivel sedentario.)

2a. When did symptoms first appear? _____
 (¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?)

Based upon objective findings, please indicate below the amount of activity this individual can tolerate in a work day, for any employer. Indicate the functional capacities of this individual given two breaks, positional changes, and meal break(s). (Con base en hallazgos objetivos, indique a continuación la cantidad de actividad que esta persona puede tolerar en un día de trabajo para cualquier empleador. Indique la capacidad funcional de esta persona dados dos descansos, cambios de posición y horas de comida.)

3.	Person can:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	NOT AT ALL (DE NINGUNA MANERA)	Total Wrk. Duration of Restriction (Horas de (Duración de la restricción) trabajo)	PERM. (PERM.)	TEMP. (TEMP.)	DURATION (DURACIÓN)
	(La persona puede)	Hr.	Hrs.	Hrs.	Hrs.	Hrs.	Hrs.	Hrs.	Hrs.	Hrs.	Hrs.	Hrs.	Hrs.		Day Hrs (al día)			
	a. Sit (Sentarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	b. Stand (Pararse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	c. Walk (Caminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4. What assistive devices are currently in use? _____
 (¿Qué dispositivos auxiliares se están usando?)

5. Dominant Hand: Right _____ Left _____ Height _____ Weight _____
 (Mano dominante) (Derecha) (Izquierda) (Estatura) (Peso)

6. NOTE: In terms of a work day – “OCCASIONALLY” = 1%-33%; “FREQUENTLY” = 34%-66%; “CONTINUOUSLY” = 67%-100%
 (AVISO: De acuerdo a un día laboral – “DE VEZ EN CUANDO” = 1%-33%; “FRECUENTEMENTE” = 34%-66%; “CONTINUAMENTE” = 67%-100%)

Individual Can (La persona puede)	OCCASIONALLY (DE VEZ EN CUANDO)			FREQUENTLY (FRECUENTEMENTE)			CONTINUOUSLY (CONTINUAMENTE)		
	Lift (Levantar)	Carry (Cargar)	Push/Pull (Empujar y jalar)	Lift (Levantar)	Carry (Cargar)	Push/Pull (Empujar y jalar)	Lift (Levantar)	Carry (Cargar)	Push/Pull (Empujar y jalar)
1-10 lbs.									
11-20 lbs.									
21-50 lbs.									
51-75 lbs.									
76-100 lbs.									

Are there any limitations on the patient’s ability to do repetitive upper extremity activities? *Please describe.* (¿Hay limitaciones en la habilidad del paciente para hacer actividades repetitivas con las extremidades superiores? *Por favor describa*)

Specifically: fingering, reaching and grasping? (*Específicamente:* ¿usando los dedos, alcanzando y sujetando?) _____

Specifically: ability to do overhead lifting or overhead reaching? (*Específicamente:* ¿la habilidad para levantar o alcanzar por encima de la cabeza?)

**7. CARDIAC (If applicable) Functional and Therapeutic classification according to the New York Heart Association.
 (CARDIACO (si es pertinente) Clasificación funcional y terapéutica de acuerdo con la Asociación de Cardiología de Nueva York
 (New York Heart Association.))**

Functional Capacity _____ Class 1 (No limitation) Class 2 (Slight limitation)
 (Capacidad funcional) (Clase 1 (sin limitación)) (Clase 2 (limitación liviana))
 Class 3 (Marked limitation) Class 4 (Complete limitation)
 (Clase 3 (limitación marcada)) (Clase 4 (limitación total))

Blood Pressure (*last visit*): SYSTOLIC _____ DIASTOLIC _____ PULSE _____
 (Tensión arterial (*última visita*)) (SISTÓLICA) (DIASTÓLICA) (PULSO)

Please base this assessment on your most recent examination. *Please circle one in each classification.*
 (Base su evaluación en el examen más reciente. *Encierre en un círculo uno de cada clasificación.*)

**CLASSIFICATION OF THE SEVERITY OF HEART DISEASE
 (CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA CARDIOPÁTIA)**

**A. Functional Classification (Based on the patient's symptoms during various grades of activity.)
 (Clasificación funcional (basada en los síntomas del paciente en varios grados de actividad))**

- Class I Patients with cardiac disease but with no limitation of physical activity. Ordinary activity causes no undue dyspnea, anginal pain, fatigue or palpitation.
 (Clase I) (Pacientes con enfermedad cardiaca pero sin limitaciones en la actividad física. La actividad común no produce disnea, dolor de angina, fatiga o palpitaciones.)
- Class II Patients with cardiac disease and with slight limitation of physical activity. They are comfortable with mild exertion but experience symptoms with the more strenuous grades of ordinary activity.
 (Clase II) (Pacientes con enfermedad cardiaca con una ligera limitación en la actividad física. Se sienten cómodos con un esfuerzo ligero pero experimentan síntomas con grados más extenuantes de actividad ordinaria.)
- Class III Patients with cardiac disease and with marked limitation of physical activity. They are comfortable at rest, but experience symptoms with the milder forms of ordinary activity.
 (Clase III) (Pacientes con enfermedad cardiaca y con una marcada limitación en la actividad física. Se sienten cómodos en reposo, pero experimentan síntomas con formas ligeras de actividades ordinarias.)
- Class IV Patients with cardiac disease and with inability to carry on any physical activity without discomfort. Symptoms of cardiac insufficiency or angina pectoris may be present, even at rest, and are intensified by activity.
 (Clase IV) (Pacientes con enfermedad cardiaca y con incapacidad de realizar cualquier actividad física sin sufrir incomodidad. Puede haber síntomas de insuficiencia cardiaca o de angina de pecho aun en reposo y se intensifican con la actividad.)

**B. Therapeutic Classification (Based on the physician's prescription of activity for the patient.)
 (Clasificación terapéutica (basada en la actividad recetada al paciente por el médico.))**

- Class A Patients with cardiac disease whose physical activity need not be restricted.
 (Clase A) (Pacientes con enfermedad cardiaca cuya actividad física no necesita restringirse.)
- Class B Patients with cardiac disease whose ordinary physical activity need not be restricted but who should be advised against severe or competitive efforts.
 (Clase B) (Pacientes con enfermedad cardiaca cuya actividad física ordinaria no necesita restringirse pero a los que se les aconseja evitar esfuerzos fuertes o competitivos.)
- Class C Patients with cardiac disease whose ordinary physical activity should be moderately restricted and whose more strenuous efforts should be discontinued.
 (Clase C) (Pacientes con enfermedad cardiaca cuya actividad física ordinaria debe restringirse en forma moderada y que deben discontinuar esfuerzos extenuantes.)
- Class D Patients with cardiac disease whose ordinary physical activity should be markedly restricted.
 (Clase D) (Pacientes con enfermedad cardiaca cuya actividad física debe restringirse marcadamente.)
- Class E Patients with cardiac disease who should be at complete rest.
 (Clase E) (Pacientes con enfermedad cardiaca que deben guardar reposo completo.)

12. Are there any limitations on the patient’s visual acuity? (¿Hay limitaciones de la agudeza visual del paciente?) _____

Specifically: best corrected vision – right eye _____ left eye _____
(Específicamente: visión mejor corregida: ojo derecho) (ojo izquierdo)

13. Date first seen _____ Date last seen _____ Date of next visit _____
(Fecha de la primera consulta) (Fecha de la última consulta) (Fecha de la próxima consulta)

14. Assessment and treatment are complicated by:
(La evaluación y el tratamiento se complican por)

- Significant emotional or behavioral disorder such as: Depression Anxiety Somatization Malingering *Please check all that apply.*
(Trastorno emocional o de comportamiento considerable tal como) (Depresión) (Ansiedad) (Histeria) (Fingimiento de enfermedad) *(Marque todas las que son pertinentes.)*
- Exaggeration, inconsistent findings, subjective complaints out of proportion to objective findings, bizarre or contradictory observations
(Exageración, hallazgos incongruentes, quejas subjetivas sin proporción con los hallazgos objetivos, observaciones extrañas o contradictorias)
- Dependence on drugs/medication *Specify* _____
(Drogodependencia o farmacodependencia) *(Especifique)*
- Other *Please describe* _____
(Otro) *(Por favor describa)*

15. Competency
(Capacidad)

Is the patient competent to manage insurance benefits? Sí No
(¿Tiene el paciente la capacidad de poder administrar subsidios de seguro?)

If no, is the patient competent to appoint someone to help manage the insurance benefits? Sí No
(Si es no, ¿tiene el paciente la capacidad de poder nombrar a alguien para administrar sus subsidios de seguro?)

16. Prognosis
(Pronóstico)

Do you expect the individual’s condition to: Improve Regress Remain the same
(Diga si usted espera que el estado de esta persona) (Mejore) (Empeore) (Siga igual)

When do you anticipate change will occur? _____
(¿Cuándo prevé que ocurrirá el cambio?)

17. Anticipated return to some type of work date _____
(Fecha prevista para regresar a algún trabajo)

Full-Time Restrictions/Duration? _____
(Jornada completa) (¿Restricciones o duración?)

Part-Time Restrictions/Duration? _____
(Jornada media) (¿Restricciones o duración?)

18. Comments (Comentarios) _____

Please type or print clearly (Favor de escribir legible en letra de molde o a máquina)

Physician’s Name (Nombre del médico)		Specialty (Especialidad)	
Address (Dirección)		City (Ciudad)	State (Estado) ZIP (Código postal)
Taxpayer ID No. (N° de identificación de contribuyente)	Phone No. (N.º de teléfono.) ()	Fax No. (N.º de 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 22 of this form.

Aceptación

Por este medio certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas que he dado a las preguntas son completas y verdaderas. Declaro que he leído el aviso sobre fraudes en la página 22 de este formulario.

Signature _____ Date _____
 (Firma) (Fecha)

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información:

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida comete un delito y puede hacerse objeto de multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection, California law requires the following to appear on this form: 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.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía aseguradora y todo agente de una compañía aseguradora que proporcione a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de defraudarlo o tratar de defraudarlo con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del dinero procedente del seguro deberán ser reportados a la División de Seguros de Colorado, del Departamento de Agencias Regulatorias.

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 proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con objeto de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. El delito se puede sancionar con prisión y multas. Además, la aseguradora podrá negar los beneficios de seguro si el solicitante presentó información falsa materialmente relacionada con una 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

Toda 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 será 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 MARYLAND Y RHODE ISLAND

Toda persona que a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o de beneficios, o que a sabiendas y deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede ser objeto de multas y encarcelamiento.

MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

Any person who knowingly and willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly and 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 NUEVA JERSEY

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa se hará objeto de sanciones penales y civiles.

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.

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, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también se hará objeto de sanciones civiles que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

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, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tal acción puede clasificarse como un delito grave y se le pueden imponer multas cuantiosas.

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.

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.