

Empleado (Employee)

Nombre del empleado _____
(Name of Employee)

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

Puesto _____
(Job Title)

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
(Social Security No.) (Date of Birth)

Información sobre la situación laboral (Work Status Information)

El estado laboral del empleado a la fecha en que empezó la incapacidad _____ Fecha de vigencia del seguro del empleado _____
(Employee's employment status on date disability commenced) (Employee's insurance effective date)

¿Estaba el empleado presente en el trabajo el día antes de que empezara la incapacidad? Sí No Si es sí, favor de escribir el número de horas trabajadas a la semana _____ y el último día que trabajo antes de que su incapacidad empezara _____
(Was employee actively at work the day before disability commenced? If yes, please list the number of hours worked per week and the last day of work before disability commenced.)

¿Ha sido modificado su trabajo o reducido sus horas debido a enfermedad o lesión antes del último día de trabajo? Si No
(Has job been modified or hours reduced due to illness or injury prior to last day of work?)

¿Fue despedido el empleado? Sí No Si es sí, favor de escribir la fecha en que dejó de trabajar _____
(Is employee terminated?) (If yes, please list the effective date of termination)

*Aviso: Si es sí, favor de dejar de pagar la prima para este empleado.
(Note: If yes, please stop premium payments for this employee.)*

Motivo del despido _____
(Reason for Termination)

Si las primas ya no están siendo pagadas, favor de dar la fecha hasta la cual las primas fueron pagadas _____
(If premiums have already been terminated, please provide date premiums have been paid through)

Fecha de contratación o membresía en la asociación (*sindicato u otro*) _____ (Nombre del sindicato si lo hubiera _____
(Date of employment or association membership (*union or other*)) (Name of union if applicable)

Nombre del contacto _____
(Contact Person)

Otra información (Other Information)

**A. Aseguradora
 (Carrier)**

¿Tiene el empleado algún tipo de seguro mencionado a continuación con Standard Insurance Company o con otra aseguradora?
 (Does employee have any of the following insurance with Standard Insurance Company or with another carrier?)

Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability)	The Standard (The Standard)	Otra aseguradora (Other Carrier)	Solicitado (Applied)	Recibiendo (Receiving)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si The Standard es su aseguradora, favor de escribir el número de su seguro colectivo _____ Si la póliza o su la declaración de cobertura
 (If The Standard is the carrier, please list the group number)
 de su empleador tienen clasificación por números, favor de escribir el número de clasificación del empleado _____
 of coverage has class numbers, please provide the employee's class number)

Si hay otra aseguradora además de The Standard, favor llene lo siguiente.
 (If there is a carrier other than The Standard, please complete the following.)

Nombre _____ Dirección _____
 (Name) (Address)
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____ FAX (_____) _____
 (City) (State) (ZIP) (Phone) (FAX)

Incapacidad de Corto Plazo (Short Term Disability)	The Standard (The Standard)	Otra aseguradora (Other Carrier)	Solicitado (Applied)	Recibiendo (Receiving)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si The Standard es su aseguradora, favor de escribir el número de su seguro colectivo _____ Si la póliza o su la declaración de cobertura
 (If The Standard is the carrier, please list the group number)
 de su empleador tienen clasificación por números, favor de escribir el número de clasificación del empleado _____
 of coverage has class numbers, please provide the employee's class number)

Si hay otra aseguradora además de The Standard, favor llene lo siguiente.
 (If there is a carrier other than The Standard, please complete the following.)

Nombre _____ Dirección _____
 (Name) (Address)
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____ FAX (_____) _____
 (City) (State) (ZIP) (Phone) (FAX)

Seguro de Vida (Life Insurance)	The Standard (The Standard)	Otra aseguradora (Other Carrier)	Solicitado (Applied)	Recibiendo (Receiving)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si The Standard es su aseguradora, favor de escribir el número de su seguro colectivo _____ Si la póliza o su la declaración de cobertura
 (If The Standard is the carrier, please list the group number)
 de su empleador tienen clasificación por números, favor de escribir el número de clasificación del empleado _____
 of coverage has class numbers, please provide the employee's class number)

Si hay otra aseguradora además de The Standard, favor llene lo siguiente.
 (If there is a carrier other than The Standard, please complete the following.)

Nombre _____ Dirección _____
 (Name) (Address)
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____ FAX (_____) _____
 (City) (State) (ZIP) (Phone) (FAX)

B. Nombre de la aseguradora de Compensación de Trabajadores: ¿Ha solicitado el empleado? Sí No

¿Está recibiendo el empleado? Sí No Si es sí, favor de llenar lo siguiente.

(Workers' Compensation Carrier: Has employee applied? Is employee receiving? If yes, please complete the following)

Nombre _____ Dirección _____
 (Name) (Address)
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____ FAX (_____) _____
 (City) (State) (ZIP) (Phone) (FAX)

Nombre del contacto _____
 (Contact person)

C. Beneficios del seguro social: ¿Ha solicitado el empleado beneficios? Sí No ¿Ha solicitado el empleado beneficios? Sí No
(Social Security Benefits: Has employee applied for benefits? (Is employee receiving benefits?)

Standard Insurance Company

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

Declaración del empleador
Cantidad de Seguro de Vida
Básico con The Standard
(Waiver of Premium
Employer’s Statement)

Cantidad de Seguro de Vida Básico con The Standard \$ _____
(Amount of Basic Life Insurance with The Standard)

Cantidad de Seguro de Vida Voluntario con The Standard \$ _____
(Amount of Voluntary Life Insurance with The Standard)

Cantidad de Seguro de Vida Extra con The Standard \$ _____
(Amount of Additional Life Insurance with The Standard)

¿Tiene el empleado seguro de vida con The Standard bajo más de una póliza? Sí No
(Does employee have Life Insurance with The Standard under more than one policy?)

Si es sí, nombre y número de póliza _____
(If yes, policy name and number)

Cantidad de Seguro de Vida Básico \$ _____ Cantidad de Seguro de Vida Extra \$ _____
(Amount of Basic Life) (Amount of Additional Life)

¿Tiene el empleado Seguro de Vida para dependientes bajo su póliza colectiva? Sí No
(Does employee have life insurance for dependents under your group policy?)

Si es sí, cantidad del Seguro de Vida del Cónyuge \$ _____ Seguro de Vida de Dependientes \$ _____
(If yes, amount of Spouse Life Insurance) (Dependents Life Insurance)

Favor de seguir haciendo pagos de prima hasta que se le notifique lo contrario, al menos que el empleado sea despedido.
(Please continue payment of premiums until otherwise notified unless employee has been terminated.)

Ingresos (Earnings)

Favor de marcar la sección pertinente y escriba la cantidad del salario en la última fecha de trabajo del empleado.
(Please check appropriate box and fill in the amount of salary as of employee’s last day of work.)

Ingreso mensual base Precio mensual \$ _____
(Basic Monthly Earnings) (Monthly Rate)

Ingresos anuales básicos Precio anual \$ _____
(Basic Yearly Earnings) (Annual Rate)

Ingresos por contrato básicos Cantidad del contrato \$ _____ Duración del contrato _____
(Basic Contract Earnings) (Contract Amount) (Length of Contract)

Ingresos semanales básicos Precio semanal \$ _____
(Basic Weekly Earnings) (Weekly Rate)

Ingresos por hora básicos Precio por hora \$ _____
(Basic Hourly Earnings) (Hourly Rate)

Comisiones. *Favor de anexar la lista de comisiones pagadas por el periodo especificado en su póliza colectiva.*
(Commissions. Please attach list of commissions paid for the period specified in your group policy.)

Fecha del último aumento _____
(Date of last increase)

Ingresos antes del aumento _____ por _____
(Earnings prior to increase) (per)

Si la fecha de vigencia del aumento del seguro es distinto de la fecha de aumento, favor de escribir la fecha de vigencia de aumento _____
(If effective date of increase in insurance is different from date of last increase, please give effective date of increase)

Aviso importante (Important Notice)

Anexos (Attachments)

*Favor de anexar lo siguiente:
(Please attach the following:)*

- a. **La tarjeta de inscripción** original y todas las coberturas o selecciones posteriores
(**Original** Enrollment card and all subsequent coverage selections or changes)
- b. **Designaciones de beneficiarios** original y cambios posteriores
(**Original** Beneficiary designations and subsequent changes)
- c. Copia de la descripción del puesto
(Copy of Job Description)
- d. Copia de la solicitud de empleo o currículum vitae
(Copy of Employment Application or Resume)
- e. Cambio del estado familiar
(Family status change events)

Representante del empleador que llena este formulario (En letra de molde o a máquina)

(Employer Representative Completing This Form (Please Print or Type))

Empleador _____ Representante _____
(Employer) (Representative)

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

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

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 5 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 5 of this form.

Firma _____ Fecha _____
(Signature) (Date)

Título _____
(Title)

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 PENNSYLVANIA

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.