



TheStandard®

Standard Insurance Company
800.368.2859 Tel 800.378.6053 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Paquete de instrucciones para empleados para presentar reclamaciones de seguro de incapacidad (Employee Disability Insurance Claim Packet Instructions)

Reclamación de su subsidio por incapacidad

Este paquete incluye los formularios necesarios para solicitar subsidios por incapacidad. También aborda preguntas frecuentes sobre reclamaciones por incapacidad. **Guarde esta documentación para consultas futuras.** Consulte el certificado de su seguro colectivo para la información concreta sobre la cobertura de su seguro por incapacidad. Los certificados son la máxima autoridad en las decisiones sobre reclamaciones por incapacidad. Si necesita más información, comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o llame a nuestro teléfono de servicio al cliente al 800.368.2859.

Cómo solicitar subsidios

La solicitud de subsidios por incapacidad incluye los formularios de reclamación y una Autorización.

1. Llene y firme su parte de la Declaración del empleado (en la página 3) y lea el Aviso de fraude (en la página 4).
2. Llene su parte de la Declaración del médico tratante (en la página 6) y pídale a su médico tratante que llene la parte de él del formulario (también en la página 6) y lea el Aviso de fraude (en la página 8). Si está siendo tratado por más de un médico por la enfermedad que lo ha incapacitado, cada uno debe llenar un formulario. Puede obtener más formularios con el administrador de beneficios de su empleador. El médico puede devolverle el formulario lleno para que nos lo envíe junto con los demás formularios llenos, o bien, puede enviarlo por correo o fax directamente a nosotros, usando los datos de contacto en la parte superior del formulario.
3. Firme y feche la Autorización (en la página 12) y envíela junto con los formularios llenados a Standard Insurance Company a la dirección que aparece arriba. Esta autorización nos permite solicitar más información sobre su reclamación, si fuera necesario.

Una vez que recibamos su solicitud de reclamación llena, necesitaremos aproximadamente una semana para tomar una decisión sobre la reclamación. Si no hemos llegado a una decisión en una semana, le notificaremos los detalles.

Your Disability Benefit Claim

This packet contains the forms necessary to apply for disability benefits. It also addresses common questions about Disability claims. **Please save this material for your future reference.** For specific information about your Disability insurance coverage, refer to your group insurance certificate. The certificates are the ultimate authority for Disability claim decisions. If you need other information, please contact your employer's benefit administrator or call our customer service line at 800.368.2859.

How To Apply For Benefits

The Disability benefits application includes claim forms and an Authorization.

1. Complete and sign your part of the Employee Statement (on page 3) and read the Fraud Notice (on page 4).
2. Complete your part of the Attending Physician Statement (on page 6) and have your treating physician complete their part of the form (also on page 6) and read the Fraud Notice (on page 8). If more than one physician is treating you for your disabling condition, each should complete a form. Additional forms are available from your employer's benefits administrator. Your physician may return the completed form to you for you to send to us with the other completed forms, or your physician may mail or fax the completed form to us directly, using the contact information at the top of the form.
3. Sign and date the Authorization (on page 12) and send it, along with the completed forms, to Standard Insurance Company at the above address. This authorization allows us to request further information about your claim, if necessary.

Once we receive your completed claim application, it will take approximately one week to make a claim decision. If we have not reached a decision within one week, you will be notified with the details.



TheStandard®

Standard Insurance Company
800.368.2859 Tel 800.378.6053 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Paquete de instrucciones para empleados para presentar reclamaciones de seguro de incapacidad (Employee Disability Insurance Claim Packet Instructions)

Otros subsidios que pueden reducir sus subsidios por incapacidad

Otros subsidios que usted reciba pueden reducir la cantidad de subsidios por incapacidad que se le deban a usted. Su certificado de seguro colectivo enumera esos subsidios que podrían ser, entre otros, licencia por enfermedad, Compensación de Trabajadores, Seguro de incapacidad del estado, Seguro Social y jubilación.

Para evitar un posible sobrepago de su reclamación, que después necesitaría devolver a The Standard, infórmenos si recibe otros subsidios.

Cuando regresa a trabajar

Los subsidios por incapacidad por lo general cesan cuando usted regresa a trabajar. **No deje de notificar inmediatamente a The Standard cuándo piensa regresar, o si ha regresado a trabajar**, para garantizar que no hayan sobrepagos.

Other Benefits That May Reduce Your Disability Benefits

Other benefits you receive may reduce the amount of Disability benefits due you. Your group insurance certificate lists these benefits which may include, but are not limited to, sick leave, Workers' Compensation, State Disability, Social Security, and Retirement.

To avoid a possible overpayment on your claim, which would need to be repaid to The Standard, please inform The Standard if you receive other benefits.

When You Return To Work

Your disability benefits usually stop when you return to work. **Be sure that you notify The Standard immediately when you plan to return, or have returned to work** to assure no overpayment occurs.

Para ser llenada por el empleado (To Be Completed By Employee)

*Para que su reclamación se revise rápidamente, este formulario debe ser llenado en su TOTALIDAD por los correspondientes.
(For a prompt review of your claim, ALL of this form must be thoroughly completed by the appropriate persons.)*

Nombre y apellido (Full Name)		Nombre del empleador o la compañía (Employer/Company Name)		N.º de póliza colectiva (Group Policy No.)
N.º de Seguro Social (Social Security No.)	N.º de teléfono (Phone No.) ()	Fecha de nacimiento (Birthdate)	Sexo (Sex) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento del hijo menor (Birthdate of Youngest Child)
Domicilio (Address)		Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)
1. ¿Se incapacitó en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is your disability work related?)		Si es sí, ¿ya presentó una reclamación de Compensación de Trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (If yes, have you filed a Workers' Compensation claim?)		
2. Última fecha en el trabajo antes de la incapacidad _____ (Last date at work before disability)		Fecha en que regresó o espera regresar a trabajar _____ (Date you returned or expect to return to work)		
3. Causa de la incapacidad: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo Si es accidente o enfermedad, explique (indique fecha y lugar si es el caso) (Cause of Disability) (Accident) (Illness) (Pregnancy) (If accident or illness, please explain (include date and location, if applicable))				
4. Describa todas las tareas laborales, entre otros el empleo autónomo, desde el inicio de su incapacidad. Si no hubo ninguna, escriba aquí sus iniciales _____ (Please describe all work activity, including self-employment, since the start of your disability. If none, initial here)				
Declaración. Confirmando que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son verdaderas a mi mejor saber y entender. Declaro que he leído el aviso de fraude en la página 4 de este formulario. (Acknowledgement) – I certify that the answers I have made to the above questions are complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 4 of this form.)				
Firma (Signature) _____			Fecha (Date) _____	

En algunos estados estamos obligados a proporcionarle la siguiente información:

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protección de usted, las leyes de California estipulan que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida se hace culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o equívocos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Las penas pueden ser prisión, multas, rechazo de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcione a sabiendas datos o información falsos, incompletos o equívocos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del producto del seguro, serán reportados a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias regulatorias.

RESIDENTES DE FLORIDA

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

RESIDENTES DE MARYLAND

Una persona que a sabiendas y deliberadamente presenta una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o quien a sabiendas y deliberadamente presenta información en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión.

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

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

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.

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.

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.

MARYLAND 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.

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

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud para seguro o una declaración de reclamación que incluya datos falsos, o que con el propósito de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho pertinente, comete fraude de seguros, lo cual es un delito, y también estará sujeto a sanciones civiles que no excederán cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSYLVANIA

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que incluya información materialmente falsa, o que con el propósito de engañar oculte información con respecto a cualquier hecho pertinente, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados estipulan que le informemos a usted que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de causar daño, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración que incluya información falsa o engañosa respecto de cualquier hecho pertinente, comete un acto de fraude de seguros que está sujeto a sanciones civiles o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden darse por entendido como un delito mayor y podrían imponerse multas substanciales.

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 a 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.

Para ser llenada por el empleado (To Be Completed By Employee)

Nombre y apellido (Full Name)	
Empleador (Employer)	N.º de póliza colectiva (Group Policy No.)

To Be Completed By The Attending Physician (Para ser llenado por el médico tratante)

The following information is needed to document the patient's inability to work. The patient is responsible for obtaining a complete form without expense to The Standard. Please complete this form and mail or fax it to The Standard using the contact information listed above.

(La siguiente información es necesaria para documentar la inhabilidad de trabajar del paciente. El paciente es responsable de obtener un formulario lleno sin gastos para The Standard. Llene este formulario y envíelo por correo o fax a The Standard usando los datos de contacto que aparecen arriba.)

1. Diagnosis (Diagnóstico)	A. Diagnosis (Diagnóstico)		ICDA Classification (Clasificación CIE)	
B. Symptoms (Síntomas)	Height (Estatura)	Weight (Peso)	B/P (PA)	
2. Pregnancy (if applicable) (Embarazo) (si es el caso))	A. Expected date of delivery (Fecha prevista de parto)	B. Actual date of delivery (Fecha real del parto)	<input type="checkbox"/> Vaginal (Vaginal)	<input type="checkbox"/> C-section (Cesárea)
3. History and Treatment (Antecedentes y tratamiento)	A. Date you recommended the patient stop work (Fecha en que le recomendó al paciente dejar de trabajar)		B. When did symptoms appear or accident happen? (¿Cuándo se presentaron los síntomas o sucedió el accidente?)	
C. Has the patient ever had the same or similar condition? (¿El paciente ya había tenido la misma enfermedad u otra semejante?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No If yes, when? (Si es sí, ¿cuándo?)				
D. Is this condition related to the patient's employment? (¿Esta enfermedad está relacionada con el empleo del paciente?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		E. Did you complete a Workers' Compensation claim form? (¿Llenó un formulario de reclamación de Compensación de Trabajadores?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
F. Date of first visit for this condition (Fecha de la primera consulta por esta enfermedad)	G. Frequency of subsequent visits (Frecuencia de las consultas posteriores) <input type="checkbox"/> Weekly (Semanal) <input type="checkbox"/> Monthly (Mensual) <input type="checkbox"/> Other _____ (Otro)		H. Date of most recent visit (Fecha de la consulta más reciente)	
I. Describe planned course and duration of treatment (Describa el curso de tratamiento planeado y su duración)				
J. Hospitalization? (¿Hospitalización?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	K. Date Admitted (Fecha de ingreso)	Date Discharged (Fecha de alta)	I. Surgery? (¿Cirugía?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	M. Date Surgery Completed/Scheduled (Fecha de la intervención quirúrgica o fecha programada)
N. Reason/Surgery Type (Causa o tipo de cirugía)			O. Surgery/Post-Surgery Complications? (¿Se presentaron complicaciones con la cirugía o postoperatorias?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No If yes, please describe (Si es sí, favor de describir)	

4. Level of Functional Impairment (Nivel de daños funcionales) Please attach recent chart notes/pertinent records. (Favor de adjuntar los registros de archivo más recientes y pertinentes.)

A. Describe patient's physical and/or mental limitations and restrictions (functional capacity).
(Describa las limitaciones y restricciones físicas o mentales del paciente (capacidad funcional).)

B. Factors Delaying Recovery (if applicable) (Factores que retrasan la recuperación (si los hubiera))

C. How long do you expect these limitations and restrictions to impair your patient?
(¿Por cuánto tiempo espera que esas limitaciones y restricciones afecten a su paciente?)

Date _____ Unable to determine, follow up in _____ weeks Permanently
(Fecha) (Imposible de concluir; seguimiento en) (semanas) (Permanentemente)

D. Is the patient competent to manage insurance benefits? Sí No
(¿El paciente es competente para administrar subsidios de seguro?)

If no, is the patient competent to appoint someone to help manage the insurance benefits? Sí No
(Si no, ¿está el paciente competente para designar a alguien que lo ayude a administrar los subsidios del seguro?)

5. Physician Information (Datos del médico) Please type or print. (En letra de molde.)

Name of physician completing this form (Nombre del médico que llena este formulario)	Specialty (Especialidad)	Phone No. (N.º de teléfono) ()
Address (Dirección)	City (Ciudad)	State (Estado)
	ZIP (Código postal)	Fax No. (N.º de fax) ()

Acknowledgement – I certify that the answers I have made to the above questions are complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 8 of this form.

(Declaración. Confirmando que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son verdaderas a mi mejor saber y entender. Declaro que he leído el aviso de fraude en la página 8 de este formulario.)

Signature (Firma) _____ **Date (Fecha)** _____

En algunos estados estamos obligados a proporcionarle la siguiente información:

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protección de usted, las leyes de California estipulan que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida se hace culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o equívocos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Las penas pueden ser prisión, multas, rechazo de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcione a sabiendas datos o información falsos, incompletos o equívocos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del producto del seguro, serán reportados a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias regulatorias.

RESIDENTES DE FLORIDA

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

RESIDENTES DE MARYLAND

Una persona que a sabiendas y deliberadamente presenta una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o quien a sabiendas y deliberadamente presenta información en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión.

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

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

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.

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.

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.

MARYLAND 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.

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

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud para seguro o una declaración de reclamación que incluya datos falsos, o que con el propósito de engañar, oculte información con respecto a cualquier hecho pertinente, comete fraude de seguros, lo cual es un delito, y también estará sujeto a sanciones civiles que no excederán cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSYLVANIA

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que incluya información materialmente falsa, o que con el propósito de engañar oculte información con respecto a cualquier hecho pertinente, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados estipulan que le informemos a usted que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de causar daño, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración que incluya información falsa o engañosa respecto de cualquier hecho pertinente, comete un acto de fraude de seguros que está sujeto a sanciones civiles o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden darse por entendido como un delito mayor y podrían imponerse multas substanciales.

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 a 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 ESTAS PERSONAS que tengan cualquier registro o conocimiento sobre mí o mi salud:

- Cualquier médico, médico tratante o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro centro o asociación médica relacionados con la medicina.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros.
- Cualquier empleador o patrocinador del plan.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia (entre otros beneficios estatutarios) o un programa de anualidades.
- Cualquier organización o programas educativos, profesionales o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de informes del consumidor, institución financiera, contador o elaborador de declaraciones de impuestos.
- Cualquier agencia del gobierno (*por ejemplo, la Administración del Seguro Social, el Sistema Público de Jubilaciones, la Junta de Jubilaciones de los Ferrocarriles, Junta de Compensación de Trabajadores, etc.*).

A DAR ESTA INFORMACIÓN:

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

y:

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

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

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

TO GIVE THIS INFORMATION:

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

and:

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

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 se aplica a esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a entregar y divulgar todos mis antecedentes médicos 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 de 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 en la medida en que se haya dependido de ésta para divulgar 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 la realización de sus negocios, Las Compañías y el Administrador de ausencias podrían divulgar a terceros mi información. Podrían proporcionarle información a reaseguradoras, al administrador del plan, al patrocinador del plan o a cualquier persona llevando a cabo negocios o prestándoles servicios legales a ellos en relación con mi reclamación. Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán información a mi empleador que sea necesaria 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) de mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y regulaciones estatales y federales promulgadas para proteger mi privacidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. Información que sea retenida o divulgada por Las Compañías y el Administrador de ausencias puede que no esté protegida bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Médico [HIPPA, por sus siglas en inglés].

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.
- 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 [HIPPA].

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

- 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 mi reclamación(es) o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, el largo de tiempo de mi reclamación(es) o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Benefit Administrators, el largo de tiempo de mi reclamación(es) administradas por The Standard Benefits 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 13. La fotocopia o facsímil de esta autorización son tan válidas como el original mismo y se me proporcionarán a solicitud.
- 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 13. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

Nombre (en letra de molde) (Name (please print))

N.º de Seguro Social (Social Security No.)

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

Fecha (Date)

Si la firma es la del representante legal (p. ej. apoderado, tutor o conservador) adjunte la documentación del estado legal.
(If signature is provided by legal representative (e.g., Attorney in Fact, guardian or conservator), please attach documentation of legal status.)

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. The Standard Benefit Administrators ofrece servicios de administración de reclamaciones para Standard Insurance Company. Un administrador de ausencias puede ser contratado por su empleador y puede 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 adjunta 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" significa 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 reemitir 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 un aviso en detalle.

Si desea ser persona protegida (víctima de violencia doméstica que ha notificado 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. The Standard Benefit Administrators performs claims administration services for Standard Insurance Company. 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.