

**Sección que debe llenar el empleador (To Be Completed By Employer)**

Nombre y apellido del empleado (Employee's Full Name)	N.º de Seguro Social (Social Security No.)	Puesto <i>Por favor adjunte una copia de la descripción del puesto (Job Title Please attach a copy of the job description).</i>	1.Fecha de contratación (Date Employed)
Domicilio del empleado (Employee's Home Address)		Estado (State)	Código postal (ZIP)
Ubicación del trabajo (Work Location)	Domicilio (Address)	Estado (State)	Código postal (ZIP)
2. ¿El empleado tiene seguro por Incapacidad de Corto Plazo? (Is employee insured for Short Term Disability?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de vigencia (Effective Date) _____  ¿El empleado tiene seguro por Incapacidad de Largo Plazo? (Is employee insured for Long Term Disability?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de vigencia (Effective Date) _____  ¿El empleado tiene Seguro de Vida Colectivo con The Standard? (Is employee insured for Group Life Insurance through The Standard?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Se le dio al empleado algún Certificado de Seguro? (Was employee given Certificate(s) of Insurance?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe (Don't Know)		3. ¿Se incapacitó en el trabajo? (Is disability work related?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se ha especificado (Undetermined)  4. Indique si el empleado ha solicitado (Has the employee filed for): Compensación de Trabajadores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Workers' Compensation) Seguro de Incapacidad por el Estado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (State Disability) Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Other) Cantidad semanal _____ (Weekly Amount)	
5. Ingresos del empleado (Employee's Earnings) \$ _____ <b>Marque una (Check one)</b> <input type="checkbox"/> Por hora (Hourly) <input type="checkbox"/> Semanal (Weekly) <input type="checkbox"/> Mensual (Monthly) <input type="checkbox"/> Anual (Annual) <input type="checkbox"/> Por comisión (Commission) <input type="checkbox"/> Otro (Other) <input type="checkbox"/> Diferencial por turno (Shift Differential) <input type="checkbox"/> Bonos (Bonuses) Fecha del último aumento _____ Ingresos antes del aumento \$ _____ (Date of last increase) (Earnings prior to increase)		6. Última fecha en la que trabajó (Last active date at work)  7. Situación laboral cuando se inició la incapacidad: (Job status when disability began) <input type="checkbox"/> Jornada completa (Full-time) (____horas por semana) (hours/week) <input type="checkbox"/> Jornada media (Part-time) (____horas por semana) (hours/week)	
8. Fecha en la que el empleado regresó a trabajar (Date employee returned to work)		9. Última fecha hasta la cual el empleador pagó beneficios por licencia por enfermedad (Last date through which sick leave benefits were paid by employer)	
10. Última fecha hasta la cual el empleador pagó algún beneficio (Last date through which any compensation was paid by employer)		¿Qué tipo de beneficio se pagó en esa fecha? (What type(s) of compensation was paid on this date?)	
11. ¿Está sujeto el empleado a: (Is employee subject to)  Impuestos por Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Social Security taxes?) Impuestos por Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Medicare taxes?)		12. ¿Qué porcentaje de la prima por STD paga el <b>empleador</b> ? _____ % (What percentage of the STD premium does the <b>employer</b> pay?)  ¿Qué porcentaje de la prima por LTD paga el <b>empleador</b> ? _____ % (What percentage of the LTD premium does the <b>employer</b> pay?)  ¿Las primas pagadas por el empleador están incluidas en el salario del empleado? (Are employer paid premiums included in the employee's salary?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/P (N/A)  <b>AVISO IMPORTANTE: Recuerde calcular el porcentaje de aportación de la prima de acuerdo con el reglamento de la Póliza Colectiva del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) (promedio de tres años).</b> <b>(IMPORTANT: Remember to calculate the premium contribution percentage information according to the IRS Group Policy (three year averaging) rule.)</b>	
Nombre del empleador (Employer Name)	Código de ubicación (si es el caso) (Location Code (if applicable))	N.º de teléfono (Phone No.)	N.º de póliza (Policy No.)
Dirección postal (Mailing Address)		Ciudad (City)	Estado (State) Código postal (ZIP)
Nombre del representante del empleador que llena este formulario (Name of employer representative completing this form)			
<b>Aceptación.</b> Yo certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas. Declaro que he leído el aviso sobre fraudes que se presenta en la página 2 de este formulario. <b>(Acknowledgement -</b> 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 2 of this form.)			
Firma (Signature) _____		Fecha (Date) _____	

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

#### **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.

#### **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.

#### **RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA**

**AVISO:** 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.

#### **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.

#### **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.

#### **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.

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.

#### **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.

#### **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 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.

#### **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 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.