



TheStandard®

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

Instrucciones para usar el paquete de reclamación de seguro por incapacidad (Disability Insurance Claim Packet Instructions)

Reclamación de su subsidio por incapacidad

Este paquete contiene los formularios necesarios para solicitar subsidios por incapacidad. También responde algunas preguntas frecuentes sobre las reclamaciones por incapacidad. **Guarde esta documentación para consultas futuras.** Consulte el certificado de su seguro colectivo para ver información específica 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 atención al cliente: 800-368-2859.

Cómo presentar la solicitud de subsidios

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

1. Su empleador debe llenar la Declaración del empleador, en la página 3, y enviarla por correo o fax a Standard Insurance Company (The Standard), antes de darle a usted este paquete.
2. Llene y firme su parte del formulario de reclamación (en la página 6) y después pídale a su médico tratante que llene la parte del formulario de reclamación que le corresponde a él (la Declaración del médico tratante, también en la página 6). Si lo están tratando 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 usted 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 que se encuentran en la parte superior del formulario.
3. Lea el Aviso de fraude en el formulario de reclamación que se halla en la página 8 y después proporciónesele a su médico tratante junto con la Declaración del médico tratante.
4. Firme y feche la Autorización y envíela, junto con los formularios de reclamación llenos, a The Standard 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 llegar a una decisión sobre la reclamación. Si no hemos llegado a una decisión en una semana, le informaremos los pormenores.

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. Your employer should complete the Employer's Statement on page 3, and mail or fax it to Standard Insurance Company, before giving the claim packet to you.
2. Complete and sign your part of the claim form (on page 6), and then have your treating physician complete their part of the claim form (the Attending Physician's Statement, also on page 6). 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. Read the Claim Form Fraud Notice on page 8, then provide it to your treating physician with the Attending Physician's Statement.
4. Sign and date the Authorization and send it, along with the completed claim forms, to The Standard 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

Instrucciones para usar el paquete de reclamación de seguro por incapacidad (Disability Insurance Claim Packet Instructions)

Otros subsidios que pueden reducir sus subsidios por incapacidad

Otros subsidios que reciba, o que tenga derecho a recibir, pueden reducir la cantidad de subsidios por Incapacidad pagaderos a su favor. Su certificado de cobertura o de seguro colectivo enumera esos subsidios, que podrían ser, entre otros, licencia por enfermedad, Compensación de Trabajadores, Seguro de incapacidad por el Estado, Seguro Social y Jubilación.

Para evitar un posible sobrepago de su reclamación, que después usted tendría que devolver a The Standard, infórmenos por favor 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 (o cuide que su empleador lo haga) cuándo piensa regresar al trabajo o si ya regresó**, para garantizar que no haya sobrepagos.

Other Benefits That May Reduce Your Disability Benefits

Other benefits you receive, or may be eligible to receive, may reduce the amount of Disability benefits due you. Your coverage or 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 or your employer notify The Standard immediately when you plan to return, or have returned to work** to assure no overpayment occurs.

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?) ☐ Sí ☐ No Fecha de vigencia (Effective Date) _____ ¿El empleado tiene seguro por Incapacidad de Largo Plazo? (Is employee insured for Long Term Disability?) ☐ Sí ☐ 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?) ☐ Sí ☐ No ¿Se le dio al empleado algún Certificado de Seguro? (Was employee given Certificate(s) of Insurance?) ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe (Don't Know)				3. ¿Se incapacitó en el trabajo? (Is disability work related?) ☐ Sí ☐ No ☐ No se ha especificado (Undetermined)			
				4. Indique si el empleado ha solicitado (Has the employee filed for): Compensación de Trabajadores ☐ Sí ☐ No (Workers' Compensation) Seguro de Incapacidad por el Estado ☐ Sí ☐ No (State Disability) Otro ☐ Sí ☐ No (Other) Cantidad semanal _____ (Weekly Amount)			
				5. Ingresos del empleado (Employee's Earnings) \$ _____ Marque una (Check one) ☐ Por hora (Hourly) ☐ Semanal (Weekly) ☐ Mensual (Monthly) ☐ Anual (Annual) ☐ Por comisión (Commission) ☐ Otro (Other) ☐ Diferencial por turno (Shift Differential) ☐ 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) ☐ Jornada completa (____ horas por semana) (Full-time) (hours/week) ☐ Jornada media (____ horas por semana) (Part-time) (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? ☐ Sí ☐ No (Social Security taxes?) Impuestos por Medicare? ☐ Sí ☐ No (Medicare taxes?)		12. ¿Qué porcentaje de la prima por STD paga el empleador ? _____ % (What percentage of the STD premium does the employer pay?) ¿Qué porcentaje de la prima por LTD paga el empleador ? _____ % (What percentage of the LTD premium does the employer pay?) ¿Las primas pagadas por el empleador están incluidas en el salario del empleado? (Are employer paid premiums included in the employee's salary?) ☐ Sí ☐ No ☐ N/P (N/A) 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). (IMPORTANT: Remember to calculate the premium contribution percentage information according to the IRS Group Policy (three year averaging) rule.)					
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)	
Dirección postal (Mailing Address)				Ciudad (City)		Estado (State)	
Nombre del representante del empleador que llena este formulario (Name of employer representative completing this form)							
Aceptación. 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 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) _____							

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 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 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.

Sección que debe llenar el empleado (To Be Completed By Employee). *Para que su reclamación se revise rápidamente, este formulario debe ser llenado en su TOTALIDAD por los responsables. (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) ☐ M ☐ 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? ☐ Sí ☐ No (Is your disability work related?)		Si es sí, ¿ya presentó una reclamación de Compensación de Trabajadores? ☐ Sí ☐ 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: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ 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 ellas 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)					
Aceptación. 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 de fraude en la página 8 de este formulario y que se lo proporcionaré al médico que llene la Declaración del médico tratante. (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 and will provide it to the physician completing the Attending Physician's Statement.)					
Firma (Signature) _____			Fecha (Date) _____		

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. (Los siguientes datos son necesarios para poder documentar la incapacidad del paciente para trabajar. El paciente es responsable de obtener un formulario lleno sin cargos 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 (TA)	
2. Pregnancy (if applicable) (Embarazo) (si es el caso)	A. Expected date of delivery (Fecha prevista del parto)	B. Actual date of delivery (Fecha real del parto)	☐ Vaginal (Normal) ☐ 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 u ocurrió el accidente?)	
C. Has the patient ever had the same or similar condition? (¿El paciente ya había tenido la misma enfermedad u otra semejante?)		☐ Sí ☐ No If yes, when? (Si es sí, ¿cuándo?)		
D. Is this condition related to the patient's employment? ☐ Sí ☐ No (¿Esta enfermedad está relacionada con el empleo del paciente?)		E. Did you complete a Workers' Compensation claim form? ☐ Sí ☐ No (¿Llenó usted un formulario de reclamación de Compensación de Trabajadores?)		

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) ☐ Weekly (Semanal) ☐ Monthly (Mensual) ☐ Other _____ (Otro)		H. Date of most recent visit (Fecha de la consulta más reciente)	
I. Describe planned course and duration of treatment (Describe el tratamiento planeado y su duración esperada)					
J. Hospitalization? (¿Hospitalización?) ☐ Sí ☐ No	K. Date Admitted (Fecha de ingreso)	Date Discharged (Fecha de alta)	I. Surgery? (¿Intervención quirúrgica?) ☐ Sí ☐ No	M. Date Surgery Completed/Scheduled (Fecha de la intervención quirúrgica o fecha programada)	
N. Reason/Surgery Type (Causa o clase de cirugía)			O. Surgery/Post-Surgery Complications? (¿Hubo complicaciones en la cirugía o causadas por ella?) ☐ Sí ☐ 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. (Adjunte notas de archivo recientes y registros pertinentes.)					
A. Describe patient's physical and/or mental limitations and restrictions (functional capacity). (Describa las limitaciones y restricciones físicas y 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 cree que esas limitaciones y restricciones afectarán a su paciente?) ☐ Date _____ (Fecha) ☐ Unable to determine, follow up in _____ weeks (Imposible de definir; seguimiento en) ☐ Permanently (Permanentemente)					
D. Is the patient competent to manage insurance benefits? ☐ Sí ☐ No (¿Tiene el paciente la capacidad de administrar subsidios de seguro?) If no, is the patient competent to appoint someone to help manage the insurance benefits? ☐ Sí ☐ No (Si no, ¿tiene el paciente la capacidad de nombrar a alguien para que administre sus subsidios de seguro?)					
5. Physician Information (Datos del médico) Please type or print. (Favor de escribir con letra de molde o a máquina.)					
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. (Aceptación. Aceptación. 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 8 de este formulario.					
Signature (Firma) _____			Date (Fecha) _____		

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 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 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 registros o datos sobre mí o sobre mi salud:

- Cualquier médico, médico tratante o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia, institución o asociación médica o relacionada con servicios 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 (también de beneficios estatutarios) o un programa de anualidades.
- Cualquier asesor, organización o programa educativo, profesional o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de informes sobre el consumidor, institución financiera, contador o elaborador de declaraciones de impuestos.
- Cualquier agencia del gobierno (*por ejemplo, la Administración del Seguro Social, el Sistema Público de Jubilaciones, la Junta de Jubilación para Ferrovianos, 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 contagiosa o trastorno.
 - Cualquier enfermedad psiquiátrica o psicológica, así como resultados de exámenes, a excepción de las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia exceptuadas no incluyen el resumen de diagnóstico, el estado funcional, el plan de tratamiento, los síntomas, el pronóstico ni la evolución a la fecha.
- Cualquier enfermedad, tratamiento o terapia relacionados con drogadicción y alcoholismo.

y:

- Cualquier información sobre mí aunque no sea médica, incluso en campos como preparación profesional, antecedentes laborales, ingresos o finanzas, discusiones o evaluaciones de adaptación para regresar al trabajo y derechos a recibir otros beneficios o plazos de licencia, entre otros, el estado de mis reclamaciones, cantidad de subsidios, pagos, condiciones de convenios, fechas de vigencia y 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.

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

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

- Declaro que ningún acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida es válido ante 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 coleccionarán mi información sólo si están administrando o tomando una decisión sobre mi reclamación por incapacidad o licencia de ausencia, y que usarán la información para definir mi derecho a recibir subsidios o licencia de 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 esta autorización ya haya sido usada para divulgar registros solicitados. La revocación de esta Autorización o el hecho de no firmarla podrían impedir a Las Compañías y al Administrador de ausencias evaluar o tramitar mi reclamación, lo que podría dar lugar al rechazo o cierre de mi reclamación por subsidios o licencia de ausencia.
- Entiendo que para la realización de sus funciones, Las Compañías y el Administrador de ausencias podrían divulgar mi información a terceros. Podrían dar información a una reaseguradora, al administrador del plan, al patrocinador del plan o a cualquier persona que les preste servicios comerciales o jurídicos relativos a mi reclamación. Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias darán a mi empleador la información que sea necesaria para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y las discusiones de adaptación, y cuando estén administrando 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 reglamentos estatales y federales promulgados para proteger mi privacidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede ser objeto de divulgación ulterior, con mi autorización o como lo permita o exija la ley. La información que retengan y divulguen Las Compañías y el Administrador de ausencias puede no estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, 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 [HIPAA].

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

- Entiendo y acepto que esta autorización, usada para obtener información, permanecerá en vigencia desde la fecha de la firma que aparece al calce hasta:
 - Para Standard Insurance Company, por la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, por la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Benefit Administrators, por la duración 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 acepto que Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden intercambiar información entre sí con respecto a mis reclamaciones por incapacidad y licencia de ausencia. Esta autorización de intercambiar mi información entre ellos permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece al calce.
- Declaro que he leído esta autorización y el aviso de Nuevo México que aparece 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 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 (por favor escriba con 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 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. Su empleador podría contratar a un administrador de ausencias, y éste podría ser una de Las Compañías.

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

El estado de Nuevo México exige a Standard Insurance Company que le dé a usted la siguiente información, de conformidad con su Ley de Protección de Seguro contra Violencia Doméstica.

La Autorización que se anexa le permite a Standard Insurance Company obtener datos personales para definir si usted tiene derecho a subsidios del seguro. La información que recibamos de usted y de otras fuentes puede incluir información confidencial sobre abuso. "Información confidencial sobre abuso" hace referencia a la información sobre actos de violencia doméstica o situación de abuso; a la dirección y número telefónico del trabajo o domicilio de una víctima de violencia doméstica; o al estado de un solicitante o asegurado en cuanto a ser familiar, empleador o socio de una víctima de violencia doméstica o una persona con quien se sepa que el solicitante o asegurado tiene una relación directa, personal cercana, familiar o de asesoría sobre violencia. Con respecto a la información confidencial sobre abuso, usted puede revocar esta autorización por escrito, revocación que entrará en vigencia diez días después de haber sido recibida por Standard Insurance Company, sabiendo que hacerlo puede dar como resultado que se rechace una reclamación o que cambie adversamente una resolución de seguro pendiente.

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

Mediante una solicitud por escrito, tiene usted el derecho de revisar su información confidencial sobre abuso obtenida por Standard Insurance Company. Standard Insurance Company le enviará por correo una copia de la información relativa a usted en un plazo de 30 días hábiles después de recibir la solicitud. Después de haber revisado la información, puede solicitar que corriamos, enmendemos o anulemos cualquier información confidencial sobre abuso que crea que es incorrecta. 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 explicación completa.

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 la información de domicilio, de Standard Insurance Company, debe enviar su solicitud a Standard Insurance Company, 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.