



Su solicitud para beneficios por Desmembramiento Accidental incluye cuatro formularios. Debe llenar todos los espacios para evitar un retraso en el trámite de su solicitud. Si una sección no es pertinente o si la información no está disponible, escriba "NA" en ese espacio, para indicarnos que usted no pasó por alto esa determinada pregunta. **Si recibimos un formulario que no está llenado en su totalidad, es posible que se le sea devuelto.**

Este paquete de reclamación puede también ser usado si usted es un dependiente y está solicitando beneficios de seguro por Desmembramiento Accidental.

Los tres formularios son:

1. Declaración del empleado

- Responda cada pregunta. Debe describir en detalle su lesión o pérdida y como sucedió el accidente.
- Si es necesario, use otra hoja para responder todas las preguntas.
- Adjunte copias de toda su historia clínica en relación a su pérdida.
- Adjunte el informe del accidente si está disponible.
- Recuerde de firmar y fechar su declaración. **Es posible que le regresen la declaración si no la firma o la fecha.**

2. La Autorización para obtener y divulgar información

- Favor de firmar y fechar este formulario y anexarlo a la Declaración del empleado. Al firmar este formulario, usted podrá obtener la información necesaria para confirmar su derecho de participación para el beneficio por Desmembramiento Accidental. La autorización nos permite divulgar información a una persona en particular. **A petición suya, recibirá una copia de la Autorización.**

Your application for an Accidental Dismemberment Benefit consists of four forms. Every space should be filled in to avoid delay in processing your application. If a section does not apply, or information is not available, "NA" should be written in the space so we know you did not overlook a question. **If a form is received incomplete, it may be returned for completion.**

This claim packet may also be used if you are a Dependent applying for Accidental Dismemberment insurance benefits.

The three forms are:

1. The Employee's Statement

- Answer every question completely. Be sure to completely describe your injury/loss and how your accident occurred.
- Use an additional page, if necessary, to complete all questions.
- Enclose photocopies of all medical records pertaining to your loss.
- Enclose Accident Report if available.
- Remember to sign and date your statement. **An unsigned or undated statement may be returned to you.**

2. The Authorization to Obtain and Release Information

- Please sign and date this form and attach it to the Employee's Statement. Your signature on this form enables us to obtain the necessary information about you to determine your eligibility for the Accidental Dismemberment benefit. The authorization also allows us to release information to a specific person. **You will receive a copy of the Authorization upon your request.**

3. La declaración del médico tratante

- **Parte 1** debe ser llenada por usted.
- **Parte 2 y 3** deben ser llenadas por su médico. Una declaración debe ser llenada por cada médico si ha consultado a más de un médico por su pérdida (este formulario puede ser fotocopiado. Su médico deberá enviar el formulario llenado directamente a Standard Insurance Company.

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

3. The Attending Physician's Statement

- **Part 1** should be completed by you.
- **Parts 2 & 3** should be completed by your physician. If you have seen more than one physician for your loss, a statement should be completed by each one (this form may be photocopied). Your physician(s) should mail the completed form directly to Standard Insurance Company.

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

Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

**Desmembramiento Accidental
Declaración del empleado
(Accidental Dismemberment
Employee's Statement)**

Favor de escribir con letra de molde o a máquina. Si tienen preguntas sin contestar, los formularios serán devueltos. (Please type or print. Form may be returned for unanswered questions.)

Datos del empleado (Employee Data)

Nombre y apellido _____ (Full Name)		
Domicilio _____ (Street Address)		
Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)		
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	

Sólo llene los datos del dependiente si el dependiente está solicitando beneficios de seguro. (Complete Dependent Data section only if Dependent is applying for insurance benefits.)

Datos del dependiente (Dependent Data)

Nombre y apellido _____ (Full Name)		
Domicilio _____ (Street Address)		
Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)		
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	

Datos del accidente (Accident Data)

Fecha del accidente _____ (Date of Accident)	Ciudad y estado donde sucedió el accidente _____ (City and State Accident Occurred in)
¿Cuáles fueron las lesiones o pérdidas que usted sufrió? (What injuries/losses were sustained?)	
Describa como sucedió el accidente. (Describe how accident occurred.)	

Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

**Desmembramiento Accidental
Declaración del empleado
(Accidental Dismemberment
Employee's Statement)**

Información médica (Medical)

Describa su estado médico actual e indique cualquier cambio.
(Describe your present medical condition and indicate any changes.)

*Favor de nombrar a todos los médicos que haya consultado por esta lesión o pérdida.
(Please list all physicians who have treated you for this injury/loss.)*

Nombre _____ Dirección _____
(Name) (Address)

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

Nombre _____ Dirección _____
(Name) (Address)

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

¿Ha sido hospitalizado o le han hecho cirugías? *Si es sí, favor de indicar.*
(Have you had any hospitalizations or surgeries? *If so, please indicate.*)

Nombre del hospital _____ Dirección _____
(Hospital Name) (Address)

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

De _____ A _____
(From) (To)

*Favor de adjuntar copias de la historia clínica pertinente.
(Please enclose photocopies of pertinent medical records.)*

Aceptación (Acknowledgement)

Por este medio certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas que he dado a las preguntas son completas y verdaderas.
Declaro que he leído el aviso de fraude en la página 5 de este formulario.
(I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief.
I acknowledge that I have read the fraud notice on page 5 of this form.)

Firma _____ Fecha _____
(Signature) (Date)

Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

Desmembramiento Accidental Avisos sobre fraudes en el formulario de reclamación (Accidental Dismemberment Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

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

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection, California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

RESIDENTES DE COLORADO

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

COLORADO RESIDENTS

It is unlawful to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to the policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

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

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits, if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

RESIDENTES DE FLORIDA

Toda persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

FLORIDA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, files a statement of claim or an application containing false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

RESIDENTES DE MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

Any person who knowingly and willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly and willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

Desmembramiento Accidental Avisos sobre fraudes en el formulario de reclamación (Accidental Dismemberment Claim Form Fraud Notices)

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.

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 JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

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 LAS PERSONAS que tengan cualquier registro o sepan algo de mí o sobre mi salud:

- Cualquier médico, médico tratante o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro consultorio relacionado con servicios médicos o asociación de médicos.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros o de anualidades.
- Cualquier empleador, titular de la póliza o patrocinador del plan.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia (como beneficios estatutarios) o un programa de anualidades.
- Cualquier organización o programa de enseñanza, profesional o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de informes para el consumidor, institución financiera, contador o elaborador de declaraciones de impuestos.
- Cualquier agencia del gobierno (*por ejemplo, la Administración del Seguro Social, el Sistema Público de Jubilaciones, la Junta de Jubilaciones de los Ferrocarriles, la 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, a excepción de las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia no hacen referencia ni al resumen de diagnóstico, ni al estado funcional, ni al plan de tratamiento, ni a los síntomas, ni al pronóstico ni a la evolución a la fecha.
 - Cualquier enfermedad, tratamiento o terapia relacionados con la drogadicción y alcoholismo.

y:

- Cualquier información que no sea médica solicitada sobre mí, incluso en temas tales como enseñanza, antecedentes laborales, ingresos o finanzas, discusiones o evaluaciones de adaptación para regreso al trabajo y el derecho a recibir otros beneficios o 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.

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 (conocidos como “Las Compañías”, individualmente y colectivamente), Y EL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA DE AUSENCIAS DE MI EMPLEADOR: (“Administrador de ausencias”).

- Declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no forma parte de esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a entregar y divulgar toda mi historia clínica sin restricciones.
- Entiendo que cada una de Las Compañías y el Administrador de ausencias obtendrán mi información sólo si están administrando o tomando una decisión sobre mi reclamación por incapacidad o licencia por ausencia y usarán la información para confirmar mi derecho o si tengo derecho a subsidios o licencia por ausencia.
- Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y el derecho de revocarla en cualquier momento enviando una declaración por escrito a Las Compañías y al Administrador de ausencias, salvo hasta el punto en que esta autorización haya sido esencial para divulgar los registros solicitados. La revocación de esta Autorización o el hecho de no firmarla podrían dañar la capacidad de Las Compañías y el Administrador de ausencias de poder evaluar o tramitar mi reclamación y podría ser la base del rechazo o cierre de mi reclamación por subsidios o licencia por ausencia.
- Entiendo que en el curso de realizar sus negocios, Las Compañías y el Administrador de ausencias podrían divulgar mi información a terceros. Podrían proporcionarle información a reaseguradoras, al administrador del plan o a cualquier persona llevando a cabo negocios o prestándoles servicios jurídicos a ellos en relación con mi reclamación. Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán la información que sea necesaria a mi empleador para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y discusiones de adaptación y cuando administran el plan de incapacidad autofinanciado (y no asegurado) por mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y regulaciones estatales y federales promulgadas para proteger mi confidencialidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede necesitar una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. La información que Las Compañías y el Administrador de ausencias retenga y divulgue puede no estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA).

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 estoy de acuerdo que esta autorización, al ser usada para obtener información, permanecerá en vigencia a partir de la fecha de la firma que aparece abajo:
 - Para Standard Insurance Company, el largo de tiempo de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, el largo de tiempo de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Benefit Administrators, el largo de tiempo de mis reclamaciones administradas por The Standard Benefit Administrators o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- Entiendo y estoy de acuerdo que Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden compartir esta información entre sí con respecto a mis reclamaciones por incapacidad y licencia por ausencia. Esta autorización para compartir mi información permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece abajo.
- Declaro que he leído esta autorización y el aviso de Nuevo México en la página 10. 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 10. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

Nombre (por favor escriba con letra de molde) _____ N.º de Seguro Social _____
(Name (please print)) (Social Security No.)

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

Si la firma pertenece al representante legal (p. ej., apoderado, tutor o conservador), por favor anexe la documentación que indique el estado legal.
(If signature is provided by legal representative (e.g., Attorney in Fact, guardian or conservator), please attach documentation of legal status.)

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

Standard Insurance Company es una compañía de seguros autorizada en todos los estados menos en Nueva York. The Standard Life Insurance Company of New York es una compañía de seguros autorizada únicamente en Nueva York. Un administrador de ausencias puede ser contratado por su empleador y podría ser una de Las Compañías.

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

El estado de Nuevo México nos obliga a proporcionarle la siguiente información de conformidad con la Ley de Protección de Seguro contra Violencia Doméstica.

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

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

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

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

Standard Insurance Company is a licensed insurance company in all states except New York. The Standard Life Insurance Company of New York is an insurance company licensed only in New York. An absence manager may be hired by your employer and may be one of The Companies.

FOR RESIDENTS OF NEW MEXICO

The state of New Mexico requires Standard Insurance Company to provide you with the following information pursuant to its Domestic Abuse Insurance Protection Act.

The Authorization form allows Standard Insurance Company to obtain personal information as it determines your eligibility for insurance benefits. The information obtained from you and from other sources may include confidential abuse information. "Confidential abuse information" means information about acts of domestic abuse or abuse status, the work or home address or telephone number of a victim of domestic abuse or the status of an applicant or insured as a family member, employer or associate of a victim of domestic abuse or a person with whom an applicant or insured is known to have a direct, close personal, family or abuse-related counseling relationship. With respect to confidential abuse information, you may revoke this authorization in writing, effective ten days after receipt by Standard Insurance Company, understanding that doing so may result in a claim being denied or may adversely affect a pending insurance action.

Standard Insurance Company is prohibited by law from using abuse status as a basis for denying, refusing to issue, renew or reissue or canceling or otherwise terminating a policy, restricting or excluding coverage or benefits of a policy or charging a higher premium for a policy.

Upon written request you have the right to review your confidential abuse information obtained by Standard Insurance Company. Within 30 business days of receiving the request, Standard Insurance Company will mail you a copy of the information pertaining to you. After you have reviewed the information, you may request that we correct, amend or delete any confidential abuse information which you believe is incorrect. Standard Insurance Company will carefully review your request and make changes when justified. If you would like more information about this right or our information practices, a full notice can be obtained by writing to us.

If you wish to be a protected person (a victim of domestic abuse who has notified Standard Insurance Company that you are or have been a victim of domestic abuse) and participate in Standard Insurance Company's location information confidentiality program, your request should be sent to Standard Insurance Company.

Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

**Desmembramiento Accidental
Declaración del médico tratante
(Accidental Dismemberment
Attending Physician's Statement)**

Parte 1. Para ser llenada por el paciente (Part 1. To Be Completed By Patient)

Nombre y apellido _____ (Full Name)		N.º de póliza _____ (Policy No.)
Dirección _____ (Address)		
Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)		
<p>A los médicos, hospitales y otros centros: Por medio de este formulario (o por medio de una fotocopia) autorizo a entregarle a Standard Insurance Company, Portland, Oregon, cualquier información que tengan sobre mi persona con respecto a mis antecedentes médicos o enfermedad. (To Physicians and Hospitals and Other Institutions: I hereby authorize you by this form (or by photographic copy hereof) to give Standard Insurance Company, Portland, Oregon, any information you have regarding my medical history and physical condition.)</p> <p>Aceptación (Acknowledgement) Por este medio certifico que, a mi leal saber y entender, las respuestas que he dado a las preguntas son completas y verdaderas. Declaro que he leído el aviso de fraude en la página 13 de este formulario. (I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 13 of this form.)</p>		
Firma _____ (Signature)		Fecha _____ (Date)

Parte 2. Para ser llenada por el médico (Part 2. To Be Completed By Physician)

Diagnóstico (Diagnosis) _____ _____ _____
<p>Antecedentes. <i>Favor de describir como sucedió el accidente, adjuntar los registros del médico, informes quirúrgicos si están disponibles.</i> (History. <i>Please describe how accident occurred, please attach physician notes, operative reports if available.</i>)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Si le hicieron una amputación, favor de describir (If amputation occurred, please describe) _____ _____
¿En qué fecha le hicieron la amputación? _____ (On what date did amputation take place?)
Estado: <input type="checkbox"/> Empeorado <input type="checkbox"/> Sin mejorar <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> Repuesto (Condition) (Regressed) (Unimproved) (Improved) (Recovered)
Si es ceguera, favor de llenar lo siguiente: (If loss of sight, please complete the following)
¿Está totalmente ciego el asegurado? _____ ¿Fue el ojo enucleado? (Is insured totally blind?) (Was eye enucleated?)

Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

Desmembramiento Accidental Avisos sobre fraudes en el formulario de reclamación (Accidental Dismemberment Claim Form Fraud Notices)

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

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

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.

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.

Standard Insurance Company

Departamento de beneficios de seguro de vida
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

Desmembramiento Accidental Avisos sobre fraudes en el formulario de reclamación (Accidental Dismemberment Claim Form Fraud Notices)

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.

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 JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

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.