

1. Empleado (Employee)

Nombre del empleado _____
(Name of Employee)

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

Título del puesto _____ Clasificación Cuerpo docente o maestro Técnico o profesional Dirección
(Job Title) (Class) (Faculty/Teacher) (Technical/Professional) (Administration)

Mantenimiento Secretarial u oficina Otro
(Maintenance) (Secretarial/Clerical) (Other)

Clasificación de puesto _____
(Job Classification)

N.º de teléfono (_____) _____ Fecha de contratación _____ N.º de Seguro Social _____
(Phone No.) (Date Employed) (Social Security No.)

2. Datos (Information)

Fecha en que entró en vigencia la cobertura de LTD del empleado: Básico _____ Cobertura mejorada _____
(Date employee's LTD coverage became effective) (Basic) (Buy-up)

Ubicación del trabajo: Dirección _____ Estado _____ Código postal _____
(Work Location) (Address) (State) (ZIP)

¿Se le dio al empleado un Certificado? Sí No No se sabe
(Was employee given a Certificate?) (Don't Know)

¿El empleado había estado asegurado bajo la previa aseguradora de LTD? Sí No Fecha de vigencia _____
(Was employee insured under previous LTD carrier?) (Effective Date)

Aseguradora de seguro médico del empleado _____
(Employee's Medical Insurance carrier)

N.º de teléfono (_____) _____ Fecha de vigencia del seguro médico _____
(Phone No.) (Effective date for medical insurance)

El estado del empleado a la fecha en que empezó la incapacidad:
(Employee's status on date disability commenced)

¿Presente en el trabajo? Sí No Si es no, el motivo _____ Número de horas trabajadas a la semana _____
(Actively at Work?) (If no, reason) (Number of hours worked per week)

Último día de trabajo antes de que empezará la incapacidad _____ Exento o No exento Sindicato o No sindicato
(Last day of work before disability commenced) (Exempt or) (Non-Exempt) (Union or) (Non-Union)

Número de horas trabajadas en esta fecha _____ Fecha en que el empleado regresó a trabajar después de la incapacidad _____
(Number of hours worked this day) (Date employee returned to work after disability ended)

¿Ha pensado en permitir al reclamante trabajar en otra profesión, o modificar o cambiar las tareas de trabajo de la profesión del reclamante, como se lleva a cabo el trabajo (p. ej. el horario de trabajo) o ubicación de trabajo? (Have you considered allowing the claimant to work in another occupation, or modify or alter the job duties of the claimant's occupation, how the job is done (i.e., work schedule), or worksite?) Sí No

Si es sí, ¿qué posibilidades fueron ofrecidas al reclamante? (If yes, what alternatives were offered to the claimant?)

¿Participa el empleado su plan de jubilación formal? Sí No ¿El plan es un plan calificado? Sí No
(Does the employee participate in your formal retirement plan?) (Is the plan a qualified plan?)

¿Tiene derecho de participación el empleado pero no está participando su plan de jubilación formal? Sí No
(Is the employee eligible but not participating in your formal retirement plan?)

¿Es la Asociación de Seguro y Pensión de Maestros, Fondo de Títulos de Jubilación de la Universidad (TIAA-CREF, por sus siglas en inglés) la aseguradora de su plan de jubilación formal o es otra aseguradora? *Favor de escribir el nombre, número de teléfono y dirección del contacto.* (Is the formal retirement plan carrier TIAA-CREF or another carrier?
Please provide name, phone number and address of contact person.) _____

¿Cuál es la cantidad de aportación al plan de jubilación del empleado hasta la fecha del año en curso? \$ _____
(What is the employee's year-to-date retirement plan contribution?)

¿Tiene el empleado derecho a sus aportaciones? Sí No
(Are the employee's contributions vested?)

¿Es la incapacidad causada por o debido al trabajo? Sí No No se ha comprobado
(Is disability caused or contributed to by employment?) (Undetermined)

¿Ha presentado el reclamante una reclamación de Compensación de Trabajadores? Sí No No se sabe
(Has employee filed a Workers' Compensation claim?) (Don't Know)

Nombre de la aseguradora de Compensación de Trabajadores _____ N.º de reclamación _____ Fecha de lesión _____
(Workers' Compensation Carrier Name) (Claim No.) (Date of Injury)

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

N.º de teléfono (_____) _____ Persona de contacto _____
(Phone No.) (Person to contact)

¿Ha sido eliminado el puesto? Sí No ¿Está programada la eliminación del puesto? Sí No
(Is employment now terminated?) (Is employment scheduled for termination?)

Motivo _____ Fecha de eliminación _____
(Reason) (Date of termination)

3. Salario cuando ocurrió la incapacidad (Salary at Time of Disability)

Favor de marcar sólo una de las casillas. (Please check only one box.)

Ingreso mensual base Precio mensual \$ _____ Ingresos semanales básicos Precio semanal \$ _____
(Basic Monthly Earnings) (Monthly Rate) (Basic Weekly Earnings) (Weekly Rate)

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

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

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

Diferencial por turno Bonos
(Shift Differential) (Bonuses)

Fecha del último aumento _____ Ingresos antes del aumento \$ _____ por _____ Fecha de vigencia _____
(Date of last increase) (Earnings prior to increase) (per) (Effective date)

4. Compensación por el periodo después de la incapacidad (Compensation for Period After Disability)

| Clase (Type) | Última fecha pagada o pagadera (Last date through which paid or payable) | Cantidad / Precio (Amount / Rate) |
|---|---|--------------------------------------|
| Subsidios por enfermedad/Continuación de sueldo (Sick Pay/Salary Continuation) | | |
| Incapacidad de Corto Plazo autoasegurado (Self-insured Short Term Disability) | | |
| Sueldo/salario, ganado después de la incapacidad (Wages/salary, earned after disability) | | |
| Comisiones, ganado después de la incapacidad (Commissions, earned after disability) | | |

5. Ingreso deducible o subsidios de otras fuentes (Deductible Income/Benefits From Other Sources)

| ¿Tiene cobertura o está recibiendo el empleado subsidios de las siguientes fuentes? (Is employee covered by or now receiving benefits from the following?) | Cubierto (Covered) | | Recibiendo (Receiving) | | | Fecha de solicitud (Date of Application) | Cantidad (Amount) | | Fecha de vigencia (Effective Date) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------|-------------------|------------------------------------|
| | Sí | No | Sí | No | No se sabe (Don't Know) | | Semanal (Weekly) | Mensual (Monthly) | |
| a. Seguro Social (Social Security) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| b. Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| c. Seguro de incapacidad del estado (State Disability Insurance) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| d. Jubilación o pensión (empleador, PERS, STRS, PERA, etc.) (Retirement or Pension (Employer, PERS, STRS, PERA, etc.)) <i>Favor de especificar _____ (Please specify)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| e. Otro _____ (Other) (p. ej. desempleo o subsidios del sindicato) (e.g., unemployment or union benefits, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

6. Seguro de vida (Life Insurance)

¿Tenía cobertura del Seguro de Vida Colectivo el empleado con The Standard en la fecha que cesó de trabajar? Sí No
(Was employee covered by Group Life Insurance with The Standard on cease work date?)

Si es sí, haga una lista de los números de póliza _____
(If yes, list policy number(s))

Fecha en que el seguro de vida entro en vigencia _____
(Date life insurance became effective)

Favor de adjuntar la tarjeta de inscripción. (Please attach original enrollment card.)

Cantidad de Seguro de Vida Básico \$ _____ Extra u Optativo \$ _____ Suplementario \$ _____ Ad&D \$ _____
(Amount of Basic Life insurance) (Additional/Optional) (Supplemental) (AD&D)

¿Cobertura de dependientes? Sí No Si es sí, Cónyuge Hijo
(Dependent's Coverage?) (If yes,) (Spouse) (Child)

AVISO IMPORTANTE: Favor de seguir haciendo pagos de prima hasta que se le notifique lo contrario. (IMPORTANT: Please continue payment of premiums until otherwise notified.)

7. Información sobre impuestos (Tax Information)

Número de identificación del contribuyente del empleador _____
(Employer's Federal Tax I.D. Number)

Marque una: Somos una compañía del sector privado
(Check one) (We are a private-sector employer)

Somos una compañía del sector público (agencia gubernamental)
(We are a public-sector (government entity) employer)

Está sujeto el empleado a: Sí No ¿Impuestos por Seguro Social? Sí No
(Is this employee subject to) (Social Security taxes?) (Medicare taxes?)

Sí No ¿Impuestos de nivel 1 de Ferrocarriles? Sí No
(Railroad Tier 1 taxes?) (Tier 1 Medicare taxes?)

Sí No ¿Impuestos por seguro de incapacidad del estado? Sí No
(State Disability taxes?) (Unemployment Compensation taxes?)

Si está sujeto a impuestos del Seguro Social, ¿cuál es el sueldo a la fecha (del año en curso) del empleado de acuerdo con el Seguro Social? _____
(If subject to Social Security taxes what are the employee's year to date Social Security wages?)

¿Paga el empleado toda o una parte de la prima para la cobertura del seguro por LTD? Sí No
(Does this employee pay all or a portion of the premium for LTD insurance coverage?)

*Si es sí, ¿qué porcentaje de la prima por LTD paga el empleador _____ %.
(*If yes, what percentage of the LTD premium does the employer pay)

*el empleado _____ % con fondos "antes de impuestos".
(*the employee pay) (% with "pre-tax" funds.)

*el empleado _____ % con fondos después de impuestos.
(*the employee pay) (% with funds that have been taxed.)

*Si es sí, ¿están incluidas las primas pagadas por el empleador en el salario del empleado? Sí No
(*If yes, are employer paid premiums included in the employee's salary?)

***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.)

8. Anexos (Attachments)

Favor de adjuntar las siguientes copias (Please attach copies of the following):

| | |
|---|--|
| a. Descripción de empleo (Job Description) | c. Formulario de inscripción o selección para Seguro de Incapacidad de Largo Plazo (Enrollment or Election Form for Long Term Disability Insurance) |
| b. Solicitud de empleo o currículum (Employment Application or Resume) | d. Documentación de ingresos de otras fuentes (subsídios deducibles) (Seguro Social, Compensación de Trabajadores, PERS, etc.) (Income From Other Sources (Deductible Benefits) Documents (Social Security, Workers' Compensation, PERS, etc.)) |

9. Representante del empleador que llena este formulario (Employer Representative Completing This Form)

Empleador _____ N.º de teléfono _____ Número de póliza _____
(Employer) (Phone No.) (Policy Number)

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

Declaración
Confirmando que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son verdaderas a mi mejor saber y entender. Declaro que he leído el aviso de fraude pertinente en la página 5 de este formulario.

Acknowledgement
I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the applicable fraud notice on page 5 of this form.

Firma _____ Fecha _____
(Signature) (Date)

Elaborado por _____ Título _____
(Prepared by) (Title)

N.º de teléfono (_____) _____ N.º de fax (_____) _____
(Phone No.) (Fax No.)

Algunos estados estipulan que le proporcionemos la siguiente información.

RESIDENTES DE CALIFORNIA

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

RESIDENTES DE COLORADO

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

RESIDENTES DE MARYLAND

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficios o quien a sabiendas y con la intención presenta información falsa en una solicitud para seguro se hace culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión.

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

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

CALIFORNIA RESIDENTS

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

COLORADO RESIDENTS

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

FLORIDA RESIDENTS

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

MARYLAND RESIDENTS

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

NEW JERSEY RESIDENTS

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

RESIDENTES DE NUEVA YORK

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

RESIDENTES DE PENNSYLVANIA

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

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

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

NEW YORK RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

ALL OTHER RESIDENTS

Some states require us to inform you that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, or other person, files a statement containing false or misleading information concerning any fact material hereto commits a fraudulent insurance act which is subject to civil and/or criminal penalties, depending upon the state. Such actions may be deemed a felony and substantial fines may be imposed.