



TheStandard®

Standard Insurance Company
Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Paquete de instrucciones para presentar reclamaciones por subsidios por Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability Benefits Claim Packet Instructions)

Reclamación de su subsidio por incapacidad

Este paquete incluye los formularios necesarios para solicitar subsidios por Incapacidad de Largo Plazo. Debe llenar todo espacio en estos formularios para evitar un retraso en el trámite de su solicitud. Si una sección no es pertinente o si la información no está disponible, escriba “ND” en el espacio para darnos a entender que no pasó por alto esa pregunta en sí. **Si recibimos un formulario que no está llenado en su totalidad, es posible que se le sea devuelto.**

Cómo solicitar subsidios

La solicitud de Subsidios por Incapacidad de Largo Plazo incluye los formularios de reclamación y una Autorización.

1. Declaración del empleado

- Responda cada pregunta. Marque la sección adecuada para lesión, enfermedad o embarazo. Si una pregunta no le es pertinente, escriba “NC”.
- Si es necesario, use otra hoja para dar respuestas en detalle.
- Adjunte copias de cualquier otorgación de subsidios del Seguro Social, de la Asociación de Jubilación de Empleados Públicos, de Compensación de Trabajadores u cualquier otro que haya recibido. Favor de enviar una copia del recibo de su solicitud si ha solicitado cualquier otro subsidio pero que aun no lo haya recibido. Esta información es necesaria para poder calcular correctamente sus subsidios mensuales. Favor de enviar los originales de estos documentos si no puede hacer copias. Nosotros les haremos copias y se los regresaremos con prontitud.
- Recuerde de firmar y fechar su declaración. **Se le regresará la declaración si no la firma o la fecha.**

Your Disability Benefit Claim

This packet contains the forms necessary to apply for Long Term Disability benefits. Every space on these forms should be filled in to avoid delay in processing your application. If a section does not apply, or information is not available, write “NA” in the space so that we know you did not overlook that particular question. **If a form is received incomplete, it may be returned for completion.**

How To Apply For Benefits

The Long Term Disability Benefits application includes claim forms and an Authorization.

1. The Employee's Statement

- Answer every question completely. Be sure to use the appropriate section for injury, sickness or pregnancy. If a question does not apply to you write “NA”.
- Use an additional page, if necessary, to give full and complete answers.
- Attach copies of any Social Security, Public Employees Retirement System, Workers' Compensation or other benefit determinations you have received. If you have applied for any other benefits but have not yet received them, please send a copy of the application receipt. This information is needed to accurately calculate your monthly benefits. If you are unable to make copies of these documents please send the originals. We will photocopy and return them to you promptly.
- Remember to sign and date your statement. **An unsigned or undated statement will be returned to you.**



TheStandard®

Standard Insurance Company
Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Paquete de instrucciones para presentar reclamaciones por subsidios por Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability Benefits Claim Packet Instructions)

2. La Autorización para obtener y divulgar información

La Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia

- Favor de firmar y fechar la Autorización para obtener y divulgar información y adjúntela a la Declaración del empleado. Su firma autoriza a Standard Insurance Company a obtener la información necesaria sobre usted para confirmar si reúne los requisitos de participación para subsidios. La Autorización para obtener y divulgar información también autoriza a The Standard a divulgar esta información a ciertas personas en particular.

Favor de firmar y regresar la Autorización para obtener y divulgar información y la Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia si ha consultado o ha sido tratado por un psiquiatra, psicoterapeuta, psicólogo, asistente social clínico (MSW (maestría en asistencia social), MCSW (maestría en asistencia social clínica), etc.) u cualquier otro proveedor de tratamiento para una enfermedad mental.

A petición suya, recibirá copias de estas autorizaciones.

3. La Declaración del médico tratante

- **Parte A** debe ser llenada por usted.
- **Parte B** debe ser llenada por su médico. **Una declaración debe ser llenada por cada médico si ha consultado a más de un médico por su incapacidad.** Podrá pedirle más formularios a su empleador. Su médico(s) deberá enviar el formulario llenado directamente a The Standard.

4. La Declaración del empleador

- Este formulario deberá ser llenado por su empleador, él se lo enviara a The Standard.

Usted es responsable de garantizar que todos los formularios necesarios sean llenados y regresados a nuestra oficina. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su administrador de beneficios o llame a nuestro teléfono de servicio al cliente al 800.368.1135.

2. The Authorization to Obtain and Release Information

The Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes

- Please sign and date the Authorization to Obtain and Release Information and attach it to the Employee's Statement. Your signature lets Standard Insurance Company get the information about you that we need to determine your eligibility for benefits. The Authorization to Obtain and Release Information also lets The Standard release this information to specific persons.

If you have seen or been treated by a Psychiatrist, Psychotherapist, Psychologist, Clinical Social Worker (MSW, MCSW, etc.), or any other provider of treatment for a mental condition, please sign and return the Authorization to Obtain and Release Information **and** the Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes.

You will receive copies of these Authorizations upon your request.

3. The Attending Physician's Statement

- **Part A** should be completed by you.
- **Part B** should be completed by your physician. **If you have seen more than one physician for your disability, a statement should be completed by each physician.** You may request additional forms from your employer. Your physician(s) should mail the completed form directly to The Standard.

4. The Employer's Statement

- This form should be completed by your employer, who will mail it to The Standard.

You are responsible for making sure all required forms are completed and returned to our office. If you have any questions, please contact your benefit administrator or call our customer service line at 800.368.1135.

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo Declaración del empleado (Long Term Disability Insurance Employee's Statement)

En letra de molde. Si no responde todas las preguntas, es posible que se le devuelva el formulario.

(Please type or print. Form may be returned for unanswered questions.)

1. Reclamante (Claimant)

Nombre y apellido _____ (Full Name)		N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	
Domicilio _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)			
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino _____ (Sex) (Male) (Female)	Estatura _____ (Height)	Peso _____ (Weight)
Nombre del cónyuge _____ (Name of Spouse)		Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	
Número de hijos dependientes _____ (No. of Dependent Children)		Fecha de nacimiento del hijo menor _____ (Birthdate of Youngest)	
¿Recibió un Certificado de Seguro? ☐ Sí ☐ No (Did you receive a Certificate of Insurance?)		¿Recibió un folleto? ☐ Sí ☐ No (Did you receive a Brochure?)	
Comuníquese con su empleador para obtener copias si no recibió un Certificado de Seguro o un folleto. (If you did not receive a Certificate of Insurance or Brochure, please contact your employer to obtain a copy.)			

2. Empleo (Employment)

Nombre del empleador _____ (Name of Employer)		N.º de póliza colectiva _____ (Group Policy No.)	
Dirección _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)			
Indique el título de su puesto y describa sus tareas de trabajo. (State your job title and describe your duties at work.)			
¿Se incapacitó en el trabajo? ☐ Sí ☐ No (Is your disability work-related?)		Fecha de la lesión _____ (Date of Injury)	
¿Ha presentado una reclamación de Compensación de Trabajadores? ☐ Sí ☐ No (Have you filed a Workers' Compensation claim?)		Si es sí, número de reclamación de Compensación de Trabajadores _____ (If yes, W.C. claim number)	
Último día en el trabajo _____ (Last full day at work)			
Fecha en la cual pudo trabajar en su profesión debido a su incapacidad _____ (Date you became unable to work at your occupation as a result of disability)			
¿Está usted trabajando o ha trabajado en su profesión o cualquier otra profesión desde de la fecha de su lesión? ☐ Sí ☐ No (Are you now working at, or have you worked at, your occupation or any other occupation since the date of your injury?)			
Si es sí, haga una lista de los nombres de los empleadores, direcciones, números de teléfonos y fechas de empleo. (If yes, list names of employers, addresses, telephone numbers, and dates of employment.)			
¿Alguna de sus tareas es autónoma? ☐ Sí ☐ No (Are you self-employed at any activity?)			
Fecha en que regresó a trabajar por jornada media _____ (Date you resumed part-time work)	Teléfono de trabajo (_____) _____ (Work Phone)	Extensión _____ (Extension)	
Fecha en que regresó a trabajar por jornada media _____ (Date you resumed part-time work)	Teléfono de trabajo (_____) _____ (Work Phone)	Extensión _____ (Extension)	

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo Declaración del empleado (Long Term Disability Insurance Employee's Statement)

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

3. Enfermedad (Sickness) *Favor haga una lista de todas las enfermedades que contribuyen a su incapacidad de trabajar en su profesión. (Please list all illnesses which contribute to your being unable to work at your occupation.)*

Enfermedad _____ (Illness)	Fecha en que la notó por vez primera _____ (Date First Noticed)
Enfermedad _____ (Illness)	Fecha en que la notó por vez primera _____ (Date First Noticed)
Indique cual fue la causa que usted cree causó su enfermedad. (State what you believe caused your illness.)	
Describa sus síntomas _____ (Describe your symptoms)	
¿Había tenido antes esta misma enfermedad o una enfermedad relacionada? ☐ Sí ☐ No Fecha _____ (Have you ever had the same condition or a related illness before?) (Date)	

4. Lesión (Injury)

Describa las lesiones _____ (Describe Injuries)
Causa de las lesiones _____ (Cause of Injuries)
Hora, fecha y ubicación donde se le lesionó. (Time, Date and Location of Injuries.)

5. Embarazo (Pregnancy)

Fecha prevista en que va a cesar de trabajar _____ (Date you expect to cease work)	Fecha prevista del parto _____ (Expected delivery date)
Fecha real del parto _____ (Actual delivery date)	Fecha prevista para regresar a trabajar _____ (Expected return to work date)
Favor de indicar cualquier complicación prevista. (Please indicate any foreseeable complications.)	

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo Declaración del empleado (Long Term Disability Insurance Employee's Statement)

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

6. Medico tratante (Attending Physician) Haga una lista de todos los médicos que haya consultado por esta lesión o enfermedad. Use otra hoja si es necesario. (List all physicians consulted for this injury or illness. Use separate sheet, if needed.)

Nombre del médico (Physician's Name)	Especialidad (Specialty)	N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)
Dirección (Street Address)		N.º de fax (_____) _____ (Fax No.)
Ciudad (City)		Estado _____ Código postal _____ (State) (ZIP)
Fecha de la primera consulta por esta lesión o enfermedad (Date first consulted for this injury or illness)		Fecha de la última consulta (Date last consulted)
Nombre del médico (Physician's Name)	Especialidad (Specialty)	N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)
Dirección (Street Address)		N.º de fax (_____) _____ (Fax No.)
Ciudad (City)		Estado _____ Código postal _____ (State) (ZIP)
Fecha de la primera consulta por esta lesión o enfermedad (Date first consulted for this injury or illness)		Fecha de la última consulta (Date last consulted)
Nombre del médico (Physician's Name)	Especialidad (Specialty)	N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)
Dirección (Street Address)		N.º de fax (_____) _____ (Fax No.)
Ciudad (City)		Estado _____ Código postal _____ (State) (ZIP)
Fecha de la primera consulta por esta lesión o enfermedad (Date first consulted for this injury or illness)		Fecha de la última consulta (Date last consulted)

7. Hospital (Hospital) Favor de llenar esta sección si fue hospitalizado por esta enfermedad. Favor de adjuntar una copia de la facturación del hospital si está disponible. (If you were hospitalized for this condition, please complete. Please attach copy of hospital bill if available.)

Nombre del hospital (Hospital Name)	Dirección (Address)
De _____ (From)	A _____ (Through)
Motivos por la hospitalización (Reason for Hospitalization)	
De _____ (From)	A _____ (Through)
Motivos por la hospitalización (Reason for Hospitalization)	

8. Antecedentes (History) Haga una lista de todas las enfermedades o lesiones por las que ha recibido tratamiento en los últimos cinco años. Use otra hoja si es necesario. (List all illnesses or injuries for which you have received treatment over the past five years. Use separate sheet if needed.)

Enfermedad (Ailment)	Fecha (Date)	Nombre del médico (Physician's Name)	Dirección (Complete Address)

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo Declaración del empleado (Long Term Disability Insurance Employee's Statement)

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

9. Ingreso deducible o subsidios de otras fuentes

Su plan de Incapacidad Colectivo fue creado para que el ingreso que reciba de Standard Insurance Company y otras fuentes (p. ej. el Seguro Social, Compensación de Trabajadores, sistema de jubilación y otros ingresos o subsidios tal como está descrito en su póliza colectiva como ingreso deducible o subsidios) combinados le dará un porcentaje de sus ingresos antes de la incapacidad de acuerdo a como está definido en la póliza colectiva. Favor de revisar su póliza colectiva para entender cómo podrían cambiar sus subsidios de incapacidad cuando recibe o tiene derecho de recibir ingresos o subsidios deducibles. Favor de revisar su deber de informar a Standard Insurance Company sobre su solicitud para otorgación de ingresos deducibles o subsidios. Además, su póliza colectiva podría permitir a Standard Insurance Company a reducir su subsidio por incapacidad al calcular su ingreso o subsidios deducibles a los que tenga derecho aun si usted no los ha solicitado. Si su póliza colectiva indica que los subsidios del Seguro Social serán vistos como "pagaderos", aun si no los ha recibido, nosotros reduciremos de sus subsidios por incapacidad una cantidad calculada de sus subsidios del Seguro Social para usted y sus dependientes en base al registro de su salario del Seguro Social. También es necesario que entienda que cuando los ingresos deducibles o subsidios son otorgados, usted podría recibir pago de una otorgación retroactiva (fecha anterior). Este pago retroactivo podría hacer que resulte un sobrepago de sus subsidios por incapacidad debido a que usted recibiría ingresos deducibles o subsidios por un periodo en el cual usted ya ha recibido subsidios por incapacidad de Standard Insurance Company.

9. Deductible Income/Benefits From Other Sources

Your Group Disability plan is designed so that the income you receive from Standard Insurance Company and other sources (e.g., Social Security, Workers' Compensation, retirement system, and other income or benefits as described in your Group Policy as deductible income or benefits) combined will provide you with a percentage of predisability earnings, as defined in your Group Policy. Please review your Group Policy to determine how receipt of or eligibility for deductible income or benefits may impact your disability benefits. Please review your obligation to keep Standard Insurance Company informed of your application for and receipt of deductible income or benefits. Additionally, your Group Policy may allow Standard Insurance Company to reduce your disability benefit by estimated deductible income or benefits you are eligible to receive even if you have not applied for them. If your Group Policy states that Social Security benefits will be "deemed payable" even if not received, we will deduct from your disability benefit an estimated Social Security benefit for you and your dependents, based on your Social Security wage record. Please also understand that when deductible income or benefits are awarded you may receive a retroactive award (earlier date) and payment. This retroactive payment may result in an overpayment of your disability benefits because you would receive deductible income or benefits for a period during which you already have received disability benefits from Standard Insurance Company.

Ha solicitado o está recibiendo subsidios de: (Have you applied for or are you receiving benefits from):	Solicitado (Applied) Sí No		Recibiendo (Receiving) Sí No		Fecha de solicitud (Date Applied For)		Cantidad recibida (Amount Received) Semanal (Weekly) Mensual (Monthly)		Fecha de vigencia (Effective Date)
a. Seguro Social (Social Security)	☐	☐	☐	☐					
b. Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation)	☐	☐	☐	☐					
c. Seguro de incapacidad del estado (State Disability Insurance)	☐	☐	☐	☐					
d. Jubilación o pensión (empleador, PERS, STRS, PERA, etc.) (Retirement or Pension (Employer, PERS, STRS, PERA, etc.)) <i>Favor de especificar _____</i> <i>(Please specify)</i>	☐	☐	☐	☐					
e. Otro _____ (Other) (p. ej. desempleo o subsidios del sindicato, etc.) ((e.g., unemployment or union benefits, etc.))	☐	☐	☐	☐					
<i>Favor de enviar las copias de toda correspondencia o avisos de otorgación o rechazos de subsidios. (Please send copies of any letters or notices approving or denying benefits.)</i>									

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo Declaración del empleado (Long Term Disability Insurance Employee's Statement)

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

10. Profesión (Vocational) Llene lo siguiente o adjunte un currícul. (Complete the following and/or attach a resume.)

Nivel de enseñanza (Education level)	Sí	No	Si es no, último grado asistido. (If no, last grade attended.)	
Terminó la primaria (Grade School Graduate)	☐	☐		
Terminó la secundaria (High School Graduate)	☐	☐		
Diploma de enseñanza general (GED, por sus siglas en inglés) (GED)	☐	☐		
Licenciatura de universidad (College Graduate)	☐	☐	Título (Degree)	Especialidad (Major)
Licenciatura de postgrado (Post Graduate)	☐	☐	Título (Degree)	Especialidad (Major)

¿Ha asistido en alguna escuela profesional o recibido alguna capacitación en particular? ☐ Sí ☐ No Si es sí, favor de describir.
(Have you attended any trade schools or received other special training?) (If yes, please describe.)

Experiencia de trabajo (Work Experience): Llene lo siguiente empezando con su experiencia de trabajo reciente. (Complete the following starting with your most recent work experience.)

Título del puesto y empleador (Job Title & Employer)	Fechas de empleo (Dates of Employment)	Tareas (Duties)	Último salario (Last Salary)
1.	De (From): A (To):		
2.	De (From): A (To):		
3.	De (From): A (To):		
4.	De (From): A (To):		
5.	De (From): A (To):		

11. 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 8 de este formulario.

Firma _____
(Signature)

11. 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 8 of this form.

Fecha _____
(Date)

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.

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

- Cualquier médico, médico tratante o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro consultorio relacionado con servicios médicos o asociación de médicos.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros.
- Cualquier empleador o patrocinador del plan.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia (entre otros beneficios estatutarios) o un programa de anualidades.
- Cualquier organización o programa educativo, 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, Junta de Compensación de Trabajadores, etc.*).

A DAR ESTA INFORMACIÓN:

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

y:

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

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”).

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.

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”).

- Declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no es pertinente a 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 en la medida en que se haya dependido de ésta 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 evaluar o tramitar mi reclamación y podría ser la base del rechazo o cierre de mi reclamación por subsidios o licencia por ausencia.
- Entiendo que en la realización de sus negocios, Las Compañías y el Administrador de ausencias podrían divulgar a terceros mi información. Podrían proporcionarle información a reaseguradoras, al administrador del plan, al patrocinador del plan o a cualquier persona llevando a cabo negocios o prestándoles servicios legales a ellos en relación con mi reclamación. Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán información a mi empleador que sea necesaria para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y discusiones de adaptación y cuando administran el plan de incapacidad autofinanciado (y no asegurado) de mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y regulaciones estatales y federales promulgadas para proteger mi confidencialidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. Información que sea retenida o divulgada por Las Compañías y el Administrador de ausencias puede que no esté protegida bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Médico [HIPAA, por sus siglas en inglés].
- 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.
- 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].
- 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.

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

- Entiendo y estoy de acuerdo que Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden compartir esta información entre sí con respecto a mis reclamaciones por incapacidad y licencia por ausencia. Esta autorización para compartir mi información permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece abajo.
- Declaro que he leído esta autorización y el aviso de Nuevo México en la página 13. Una fotocopia o facsímil de esta autorización son tan válidos como el original y me serán proporcionados a petición.
- I understand and agree that The Companies and Absence Manager may share information with each other regarding my disability and leave of absence claim(s). This authorization to share information shall remain valid for 12 months from the date signed below.
- I acknowledge that I have read this authorization and the New Mexico notice on page 13. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

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

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

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

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

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

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

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

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

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

FOR RESIDENTS OF NEW MEXICO

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

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

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

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

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

Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia (Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes)

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

- Cualquier médico, médico tratante o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro consultorio relacionado con servicios médicos o asociación de médicos.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia (entre otros beneficios estatutarios).
- Cualquier agencia del gobierno (*por ejemplo, la Administración del Seguro Social, el Sistema Público de Jubilaciones, la Junta de Jubilaciones de los Ferrocarriles, Junta de Compensación de Trabajadores, etc.*).

A DAR ESTA INFORMACIÓN:

- Notas registradas por un proveedor de servicios médicos quien es un profesional en psicoterapia que documente o analice el tema de las conversaciones durante una consulta privada, en grupo, conjunta o en familia y que son por separado de mi historia clínica.

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 aplica a 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 en la medida en que se haya dependido de ésta 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 evaluar o tramitar mi reclamación y podría ser la base del rechazo o cierre de mi reclamación por subsidios o licencia por ausencia.

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.
- Any organization or entity administering a benefit or leave program (including statutory benefits)
- Any government agency (*for example, Social Security Administration, Public Retirement System, Railroad Retirement Board, Workers’ Compensation Board, etc.*).

TO GIVE THIS INFORMATION:

- Notes recorded by a health care provider who is a mental health professional documenting or analyzing the contents of conversation(s) during a private counseling session or a group, joint, or family counseling session and that are separated from the rest of my medical record.

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.

Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia (Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes)

- Entiendo que en la realización de sus negocios, Las Compañías y el Administrador de ausencias podrían divulgar a terceros mi información. Podrían proporcionarle información a reaseguradoras, al administrador del plan, al patrocinador del plan o a cualquier persona llevando a cabo negocios o prestándoles servicios legales a ellos en relación con mi reclamación. Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán información a mi empleador que sea necesaria para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y discusiones de adaptación y cuando administran el plan de incapacidad autofinanciado (y no asegurado) de mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y regulaciones estatales y federales promulgadas para proteger mi privacidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. Información que sea retenida o divulgada por Las Compañías y el Administrador de ausencias puede que no esté protegida bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Médico [HIPAA, por sus siglas en inglés].
- 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 16. Una fotocopia o facsímil de esta autorización son tan válidos como el original y me serán proporcionados a petición.
- 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].
- 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 16. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

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

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

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

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

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

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

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

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

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

FOR RESIDENTS OF NEW MEXICO

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

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

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

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

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

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro de Incapacidad de Largo Plazo Declaración del médico tratante (Long Term Disability Insurance Attending Physician's Statement)

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

Nombre y apellido _____ (Full Name)		N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	
Otros nombres usados _____ (Other Names Used)			
Dirección _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)	Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	N.º del paciente _____ (Patient No.)	
Profesión _____ (Occupation)	Empleador _____ (Employer)	N.º de póliza colectiva _____ (Group Policy No.)	
Regresé a trabajar: Fecha _____ (I returned to work: Date)		Espero regresar a trabajar: Fecha _____ (I expect to return to work: Date)	

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

The purpose of this form is to help us determine whether the clinical condition of your patient is disabling. We need documentation of functional impairment. Please include laboratory data and results of special tests (X-rays, CAT scan, EKG, etc.). Please attach copies of any pertinent surgical reports, hospital admitting history, physician discharge summaries, chart notes, and narrative reports.

The patient is responsible for the completion of this form without expense to The Standard. Forms may be returned for unanswered questions.

(El propósito de este formulario es ayudarnos a confirmar si sigue siendo incapacitante el estado clínico de su paciente. Necesitamos documentación de daños funcionales. Favor de incluir datos de laboratorio y resultados de pruebas especiales (radiografías, tomografías, electrocardiogramas, etc.). Favor de adjuntar copias de cualquier informe quirúrgico pertinente, historial de ingreso al hospital, resúmenes de alta del médico, notas de archivos y informes narrativos.

El paciente es responsable de llenar este formulario sin cargo para The Standard. Si no llena todas las preguntas, es posible que le devolvamos los formularios.)

1. Information (Datos)

Primary Diagnosis: (Diagnóstico principal)	ICD Code (_____) _____ (Código de CIE)						
Secondary Diagnosis: (Diagnóstico Secundario)	ICD Code (_____) _____ (Código de CIE)						
Other diagnoses and ICD Codes related to this claim. (Otros diagnósticos y códigos de CIE relacionados con esta reclamación.)							
Symptoms (Síntomas)							
Patient's Height _____ (Estatura del paciente)	Weight _____ (Peso)	BP _____ (TA)	Right Arm (Brazo derecho)	BP _____ (TA)	Left Arm (Brazo izquierdo)	Pulse _____ (Pulso)	Radial (Radio)
Is condition primarily related to: (La enfermedad está relacionada principalmente al)							
a. Patient's Employment (Empleo del paciente)	☐ Sí ☐ No	Dominant Hand (Mano dominante)		☐ Left (Izquierda)	☐ Right (Derecha)		
b. Mental Disorder (Trastornos mentales)	☐ Sí ☐ No						
c. Alcohol or Drug Condition (Enfermedad debido a alcoholismo o drogadicción)	☐ Sí ☐ No						
d. Pregnancy (Embarazo)	☐ Sí ☐ No	Expected Delivery Date _____ (Fecha prevista del parto)					
Para _____ (Número de parto)	Gravida _____ (Embarazada)	Actual Delivery Date _____ (Fecha real del parto)					
Complications _____ (Complicaciones)	☐ Vaginal (Vaginal)	☐ Caesarean Section (Cesárea)					

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro de Incapacidad de Largo Plazo Declaración del médico tratante (Long Term Disability Insurance Attending Physician's Statement)

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

2. History (Antecedentes)

If patient was referred to you, indicate by whom _____
(Si el paciente fue remitido a usted, indique por quien)

Has patient ever had same or similar condition? ☐ Sí ☐ No
(¿Había alguna vez, el paciente, tenido la misma enfermedad u otra semejante?)

If yes, indicate when _____ Describe _____
(Si es sí, indique cuando) (Describa)

Do, or have, other conditions contributed to this condition? ☐ Sí ☐ No
(¿Tiene o ha tenido otras enfermedades que han contribuido a esta enfermedad?)

If yes, please explain _____
(Si es sí, favor de explicar)

Date patient first consulted you for **this** condition _____ For **any** condition _____
(Fecha de la primera consulta con el paciente por **esta** enfermedad) (Para **cualquier** enfermedad)

Dates of subsequent treatment _____
(Fecha de tratamiento posterior)

Date of most recent visit _____
(Fecha de la consulta más reciente)

If patient was hospitalized, please provide dates. Admitted _____ Discharged _____
(Si el paciente fue hospitalizado, favor de escribir las fechas. Ingresado) (Dado de alta)

Admitting Diagnosis _____ Discharge Diagnosis _____
(Diagnóstico de ingreso) (Diagnóstico de dado de alta)

Name of Hospital _____
(Nombre del hospital)

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

3. Assessment (Evaluación)

Date you recommended patient should stop working _____ Why? _____
(Fecha en que recomendó al paciente que dejara de trabajar) (¿Por qué?)

Describe the patient's physical, mental and cognitive limitations and work activity limitations _____
(Describa las limitaciones físicas, mentales y cognitivas del paciente y las restricciones de actividad laboral)

How long from today's date will the described limitations impair the patient? _____
(A partir de la presente fecha, ¿por cuánto tiempo afectarán las limitaciones descritas al paciente?)

Is the patient competent to manage insurance benefits? ☐ Sí ☐ No
(¿Tiene el paciente la capacidad de poder administrar subsidios de seguro?)

If no, is the patient competent to appoint someone to help manage the insurance benefits? ☐ Sí ☐ No
(Si es no, ¿tiene el paciente la capacidad de poder a alguien para administrar sus subsidios de seguro?)

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro de Incapacidad de Largo Plazo Declaración del médico tratante (Long Term Disability Insurance Attending Physician's Statement)

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

4. Treatment (Tratamiento)

Planned course of treatment *Please include expected duration, surgeries, therapy, etc.*

(Tratamiento planeado. *Favor de incluir el plazo de tiempo previsto, intervenciones quirúrgicas, terapia, etc.*) _____

Medications prescribed: dosage, frequency and date of prescription(s).

(Medicamentos recetados: dosis, frecuencia y fecha de receta(s)) _____

List other treating or referring physicians. *Continue on separate page, if necessary.*

(Haga una lista de otros médicos dando tratamiento o remisión. *Si es necesario, continúe en otra hoja.*)

Name (Nombre)		Address (Dirección)		
1.				
Phone No. (N.º de teléfono)	()	City (Ciudad)	State (Estado)	ZIP (Código postal)
2.				
Phone No. (N.º de teléfono)	()	City (Ciudad)	State (Estado)	ZIP (Código postal)

What reasonable work or job site modifications could the employer make to assist the individual to return to work? *Please specify.*

(¿Qué modificaciones prudentes al trabajo o al lugar de trabajo podría hacer el empleador para ayudar a esta persona a regresar a trabajar? *Favor de especificar.*) _____

Assessment and treatment are complicated by:

(La evaluación y el tratamiento se complican por)

☐ Malingering

(Fingir enfermedad)

☐ Significant emotional or behavioral disorder such as:

(Trastorno emocional o de comportamiento considerable tal como)

☐ Depression

(Depresión)

☐ Anxiety

(Ansiedad)

☐ Hysteria

(Histeria)

Check pertinent areas.

(Marque las zonas pertinentes.)

☐ Exaggeration, inconsistent findings, subjective complaints out of proportion to objective findings, bizarre or contradictory observations.

(Exageración, hallazgos incongruentes, quejas subjetivas sin proporción con los hallazgos objetivos, observaciones extrañas o contradictorias.)

☐ Dependence on drugs/medication. *Please specify* (Drogodependencia o farmacodependencia. *Favor de especificar.*) _____

☐ Other *Please describe* (Otro *Favor de describir.*) _____

5. Prognosis (Pronóstico)

Describe patient's condition since onset of symptoms:

(Describa el estado del paciente desde que iniciaron los síntomas)

☐ Recovered

(Repuesto)

☐ Improved

(Mejorado)

☐ Unchanged

(Sin cambio)

☐ Regressed

(Empeorado)

When do you expect a fundamental or marked change in patient's condition? ☐ Never

(¿Cuándo prevé un cambio esencial o notable en el estado del paciente?) (Nunca)

☐ Condition expected to regress

(Se espera que el estado empeore)

☐ Condition expected to improve

(Se espera que el estado mejore)

State anticipated date _____ or, Unable to determine, follow up in _____ months

(Indique la fecha prevista)

(o imposible de concluir; seguimiento en)

(meses)

When do you anticipate the patient can return to work?

(¿Cuándo prevé que el paciente podrá regresar a trabajar?)

State anticipated date _____ or, Unable to determine, because of _____

(Indique la fecha prevista)

(o imposible de concluir debido a)

_____ follow up in _____ months

(seguimiento en)

(meses)

Remarks _____

(Observaciones)

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro de Incapacidad de Largo Plazo Declaración del médico tratante (Long Term Disability Insurance Attending Physician's Statement)

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

6. 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 21 of this form.

Physician's Signature _____ Date _____
(Firma del médico) (Fecha)

Physician's Name (Please Print) _____ Specialty _____
(Nombre del médico (en letra de molde)) (Especialidad)

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

Physician's Taxpayer ID No. _____ Phone No. (_____) _____ Fax No. (_____) _____
(N.º de identificación del médico) (N.º de teléfono) (N.º de fax)

6. Declaración

Confirmo 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 21 de este formulario.

Return to Standard Insurance Company at the address above.

(Devolver a Standard Insurance Company a la dirección que aparece arriba.)

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.

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo Declaración del empleador (Long Term Disability Insurance Employer's Statement)

1. Empleado (Employee)

Nombre del empleado _____ (Name of Employee)			
Domicilio _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Título del puesto _____ (Job Title)	Clasificación _____ (Class)	☐ Cuerpo docente o maestro (Faculty/Teacher)	☐ Técnico o profesional (Technical/Professional)
		☐ Mantenimiento (Maintenance)	☐ Secretarial u oficina (Secretarial/Clerical)
			☐ Dirección (Administration)
			☐ Otro (Other)
Clasificación de puesto _____ (Job Classification)			
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)	Fecha de contratación _____ (Date Employed)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	

2. Datos (Information)

Fecha en que entró en vigencia la cobertura de LTD del empleado: (Date employee's LTD coverage became effective)	☐ Básico _____ (Basic)	☐ Cobertura mejorada _____ (Buy-up)
Ubicación del trabajo: Dirección _____ (Work Location) (Address)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (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 (_____) _____ (Phone No.)	Fecha de vigencia del seguro médico _____ (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 _____ (Actively at Work?) (If no, reason)	Número de horas trabajadas a la semana _____ (Number of hours worked per week)	
Último día de trabajo antes de que empezará la incapacidad _____ (Last day of work before disability commenced)	☐ Exento o (Exempt or)	☐ No exento (Non-Exempt)
	☐ Sindicato o (Union or)	☐ No sindicato (Non-Union)
Número de horas trabajadas en esta fecha _____ (Number of hours worked this day)	Fecha en que el empleado regresó a trabajar después de la incapacidad _____ (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? <i>Favor de escribir el nombre, número de teléfono y dirección del contacto.</i> (Is the formal retirement plan carrier TIAA-CREF or another carrier? <i>Please provide name, phone number and address of contact person.</i>) _____		
¿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?)		

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del empleador
(Long Term Disability Insurance
Employer's Statement)

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
 PO Box 2800 Portland OR 97208

¿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 _____ (Workers' Compensation Carrier Name)		N.º de reclamación _____ (Claim No.)	
		Fecha de lesión _____ (Date of Injury)	
Dirección _____ (Address)		Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)
		Código postal _____ (ZIP)	
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)		Persona de contacto _____ (Person to contact)	
¿Ha sido eliminado el puesto? ☐ Sí ☐ No (Is employment now terminated?)		¿Está programada la eliminación del puesto? ☐ Sí ☐ No (Is employment scheduled for termination?)	
Motivo _____ (Reason)		Fecha de eliminación _____ (Date of termination)	

3. Salario cuando empezó la incapacidad *Favor de marcar una casilla.*

(Salary at Time of Disability *Please check only one box.*)

☐ Ingreso mensual base (Basic Monthly Earnings)	Precio mensual \$ _____ (Monthly Rate)	☐ Ingresos semanales básicos (Basic Weekly Earnings)	Precio semanal \$ _____ (Weekly Rate)
☐ Ingresos anuales básicos (Basic Yearly Earnings)	Precio anual \$ _____ (Annual Rate)	☐ Ingresos por hora básicos (Basic Hourly Earnings)	Precio por hora \$ _____ (Hourly Rate)
☐ Ingresos por contrato básicos (Basic Contract Earnings)	Cantidad del contrato \$ _____ (Contract Amount)	Duración del contrato _____ (Length of Contract)	
☐ Comisiones <i>Favor de adjuntar la lista de comisiones pagadas por el periodo especificado en su póliza colectiva.</i> (Commissions <i>Please attach list of commissions paid for the period specified in your Group Policy.</i>)			
☐ Diferencial por turno ☐ Bonos (Shift Differential) (Bonuses)			
Fecha del último aumento _____ (Date of last increase)	Ingresos antes del aumento \$ _____ (Earnings prior to increase)	por _____ (per)	Fecha de vigencia _____ (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)		

Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del empleador
(Long Term Disability Insurance
Employer's Statement)

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 800.368.1135 Tel 971.321.8400 Fax
 PO Box 2800 Portland OR 97208

5. Ingresos o subsidios deducibles 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)	☐	☐	☐	☐	☐				
b. Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation)	☐	☐	☐	☐	☐				
c. Seguro de incapacidad del estado (State Disability Insurance)	☐	☐	☐	☐	☐				
d. Jubilación o pensión (empleador, PERS, STRS, PERA, etc.) (Retirement or Pension (Employer, PERS, STRS, PERA, etc.)) <i>Favor de especificar (Please specify)</i> _____	☐	☐	☐	☐	☐				
e. Otro _____ (Other) (p. ej. desempleo o subsidios del sindicato) (e.g., unemployment or union benefits, etc.))	☐	☐	☐	☐	☐				

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:	¿Impuestos por Seguro Social? (Social Security taxes?)	☐ Sí ☐ No	¿Impuestos por Medicare? (Medicare taxes?)	☐ Sí ☐ No
(Is this employee subject to)	¿Impuestos de nivel 1 de Ferrocarriles? (Railroad Tier 1 taxes?)	☐ Sí ☐ No	¿Impuestos de nivel 1 por Medicare? (Tier 1 Medicare taxes?)	☐ Sí ☐ No
	¿Impuestos por seguro de incapacidad del estado? (State Disability taxes?)	☐ Sí ☐ No	¿Impuestos por compensación por desempleo? (Unemployment Compensation taxes?)	☐ Sí ☐ No

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 currículo
(Employment Application or Resume) | d. Documentación de ingresos de otras fuentes (subsidiarios 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 27 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 27 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.