



Favor de leer con atención

1. Si recibe un Beneficio Adelantado éste podría ser gravable y podría cambiar su derecho a recibir Medicaid u otros beneficios del gobierno u otorgaciones. Si cumple con la definición de “individuo con enfermedad terminal” de la sección 101 del Código de Impuestos Internos, su beneficio adelantado podría ser libre de impuestos. Consulte con su asesor de impuestos particular o asesor legal antes de solicitar un Beneficio Adelantado.
2. Su póliza colectiva ofrece un beneficio que le permite recibir un pago por adelantado de una parte de su seguro de vida colectivo una vez durante el transcurso de su vida, si es que cumple con los requisitos. Para más detalles, consulte la cláusula del Beneficio Adelantado en su certificado.
3. Para tener derecho a estos beneficios debe tener por lo menos \$10,000 de seguro de vida colectivo y debe tener una Enfermedad médica admisible como lo define la póliza colectiva. Comuníquese con su empleador o con nuestra oficina si tiene preguntas sobre las Enfermedades médicas admisibles.
4. Si tiene derecho a este beneficio, usted podría solicitar recibir parte de su Beneficio de Seguro de Vida como un beneficio adelantado.
5. El Beneficio Adelantado mínimo es \$5,000 o 10% de su seguro de vida colectivo, la cantidad que sea mayor.
6. Para poder solicitar este beneficio, usted debe llenar y entregar un paquete de reclamación. Su paquete de reclamación incluye tres formularios. Todas las preguntas en estos formularios son importantes. Favor de contestarlas a su mejor saber. Si una sección no le es pertinente o si la información no está disponible, favor de indicarlo en el espacio adecuado.

Please Read Carefully

1. The receipt of an Accelerated Benefit may be taxable and may affect your eligibility for Medicaid or other government benefits or entitlements. If you meet the definition of “terminally ill individual” in the Internal Revenue Code Section 101, your accelerated benefit may be non-taxable. You should consult your personal tax advisor and/or legal advisor before you apply for an Accelerated Benefit.
2. Your Group Policy provides a benefit which allows you to receive an early payment of a portion of your group life insurance once during your lifetime, if you meet certain requirements. Please consult the Accelerated Benefit provision of your certificate for details.
3. To be eligible for this benefit, you must have at least \$10,000 group life insurance and you must have a Qualifying Medical Condition as defined in the group policy. If you have questions regarding the Qualifying Medical Conditions, please contact your Employer or our office.
4. If you are eligible for this benefit, you may apply to receive part of your Life Insurance Benefit as an accelerated benefit.
5. The minimum Accelerated Benefit is \$5,000 or 10% of your group life insurance, whichever is greater.
6. In order to apply for the benefit, you must submit a completed claim packet. Your claim packet consists of three forms. All questions on these forms are important. Please answer them to the best of your ability. If a section does not apply to you, or the information is unavailable, please indicate that in the space provided.



TheStandard®

Standard Insurance Company
Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208-2800 800.628.8600 Tel

Instrucciones para el Beneficio Adelantado (Accelerated Benefit Instructions)

Los tres formularios en su paquete de reclamación son:

1. Declaración del empleado y Autorización de pago

Debe llenar esta Declaración en su totalidad. Si no hay suficiente espacio en el formulario, favor de usar otra hoja. Recuerde de firmar y fechar la Declaración. Una Declaración no firmada le será devuelta para que la firme.

2. Autorización para obtener y divulgar información

Favor de firmar y fechar este formulario y adjuntarlo a la Declaración del empleado. Al firmar este formulario, Standard Insurance Company podrá obtener la información necesaria para confirmar su derecho de participación para este beneficio. Esta Autorización también nos permite a divulgar esta información a otras partes para los propósitos descritos en la Autorización. A petición suya, recibirá una copia de esta Autorización.

3. 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. Su médico(s) deberá enviar el formulario llenado directamente a The Standard.

Usted es responsable de garantizar que todos los formularios necesarios sean llenados y regresados a nuestra oficina. Su reclamación se empezará a tramitar cuando recibamos todos los formularios llenados. Nuestra oficina está disponible para ayudarle si tuviera alguna pregunta.

The three forms in your claim packet are:

1. Employee's Statement/Consent to Payment

You must fill out this Statement completely. If not enough space is given on the form, please use an additional sheet. Remember to sign and date the Statement. An unsigned Statement will be returned for your signature.

2. Authorization to Obtain and Release Information

Please sign and date this form and attach it to the Employee's Statement. Your signature on this form enables Standard Insurance Company to obtain the information necessary to determine your eligibility for this benefit. The Authorization also allows us to release this information to other parties for purposes specified on the Authorization. You will receive a copy of this Authorization upon your request.

3. 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. Your physician(s) should mail the completed form directly to The Standard.

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

Verifique que haya contestado todas la preguntas en su totalidad y correctamente. Si hay preguntas sin respuesta, puede que la revisión de su reclamación sea retrasada. Debe también entregar a The Standard una Declaración del empleador y una Declaración del médico tratante. (Please make sure that you have answered all questions completely and accurately. If there are unanswered questions, the review of your claim may be delayed. An Employer's Statement and Attending Physician's Statement must also be submitted to The Standard.)

Escriba legiblemente en letra de molde. (Please print clearly.)

Nombre y apellido _____
 (Full Name)

Domicilio _____
 (Street Address)

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

Teléfono (_____) _____ Fecha de nacimiento _____ N.º de Seguro Social _____
 (Phone) (Birthdate) (Social Security No)

Estado civil Soltero Casado Viudo Divorciado
 (Marital Status) (Single) (Married) (Widowed) (Divorced)

¿Ha recibido un Certificado de Seguro, folleto u otra documentación por escrito sobre el Beneficio Adelantado? Sí No
 (Have you received a Certificate of Insurance, brochure or other written description of the Accelerated Benefit?)

Nombre del empleador _____
 (Name of Employer)

Domicilio _____
 (Street Address)

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

Fecha de contratación _____
 (Date Hired)

¿Ha dejado de trabajar? Sí No Si es sí, último día en el trabajo _____
 (Have you stopped working?) (If yes, last day at work)

¿Alguna de sus tareas es autónoma? Sí No ¿Tiene cobertura bajo más de una póliza de seguro de vida colectivo emitidas por Standard Insurance Company? Sí No
 (Are you self-employed at any activity?) (Are you covered under more than one group life insurance policy issued by Standard Insurance Company?)

¿Está trabajando en su profesión o en otra profesión? Sí No ¿Ha solicitado exención de prima? Sí No
 (Are you now working at your occupation or another occupation?) (Have you applied for waiver of premium?)

Describa su enfermedad médica actual.
 (Describe your present medical condition.)

Nombre del reclamante _____
(Claimant's Name)

*Favor de dar los datos siguientes sobre cualquier médico que lo haya tratado. Adjunte una hoja por separado para más médicos.
(Please provide the following information regarding any physicians who have treated you. Attach a separate sheet for additional physicians.)*

Nombre del médico _____ (Physician's Name)		Especialidad _____ (Speciality)	
Dirección _____ (Street Address)			
Ciudad _____ (City)		Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Teléfono (_____) _____ (Phone)	Fecha de la primera consulta _____ (Date first consulted)	Fecha de la última consulta _____ (Date last consulted)	
Favor de indicar si está recluido en un hospital <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Please indicate if you are currently confined to a hospital)		Residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Nursing Home)	
Si contesto sí, favor de dar la fecha en que empezó la reclusión _____ (If you answered yes, please provide the date confinement began)		¿Es permanente la reclusión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is confinement permanent?)	
Favor de dar el nombre y dirección del hospital o residencia de ancianos. (Please provide the name and address of hospital or nursing home.)			
Nombre y apellido _____ (Name)			
Domicilio _____ (Street)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)

¿En el presente está recibiendo atención domiciliaria? Sí No Si es sí, la atención es Jornada completa Jornada media
(Are you currently receiving in-home care?) (If yes, care is) (Full-time) (Part-time)

Favor de describir la clase de atención y quien se la está dando.
(Please describe type of care and by whom provided.)

¿Cuál es la cantidad de beneficio adelantado que está reclamando? _____% \$ _____
(What amount of accelerated benefit are you claiming?)

10% mínimo * (10% minimum *)	\$5,000 mínimo * (\$5,000 minimum*)
25% mínimo * (25% minimum *)	\$250,000 máximo * (\$250,000 maximum *)
50% máximo * (50% maximum *)	\$500,000 máximo * (\$500,000 maximum *)
75% máximo * (75% maximum *)	

* Sujeto a las cláusulas de su póliza, los mínimos y máximos indicados aquí podrían variar. Favor de leer la cláusula del Beneficio Adelantado en su Certificado de Seguro. (Subject to the terms in your policy, the minimums and maximums indicated here may vary. Please read the Accelerated Benefit provision in your Certificate of Insurance.)

Nombre del reclamante _____
 (Claimant's Name)

¿Es obligatorio pagar parte de su seguro de vida a sus hijos, cónyuge o ex cónyuge como parte del decreto de divorcio autorizado por el juzgado, acuerdo de manutención separado o acuerdo de resolución de propiedad? Sí No
 (Is part or all of your Life Insurance required to be paid to your children, spouse or former spouse as a part of a court-approved divorce decree, separate maintenance agreement or property settlement agreement?)

¿Está casado y viviendo en un estado con bienes de sociedad conyugal (Arizona, California, Idaho, Luisiana, Nevada, Nuevo México, Texas, Washington o Wisconsin)? Sí No
 (Are you married and living in a community-property state (Arizona, California, Idaho, Louisiana, Nevada, New Mexico, Texas, Washington or Wisconsin)?)

**Si es sí, su cónyuge debe llenar la autorización por escrito adjunto para que se emitan pago de un Beneficio Adelantado.
 (If yes, your spouse must complete the attached written consent for payment of an Accelerated Benefit.)**

¿Ha asignado el total a parte de su seguro? Sí No
 (Have you made an assignment of all or part of your insurance?)

Si es sí, la entidad designada debe llenar la autorización por escrito adjunto para que se emitan pago de un Beneficio Adelantado.
 (If yes, the assignee must complete the attached written consent for payment of an Accelerated Benefit.)
 (Una asignación es una transferencia de sus derechos bajo esta póliza, no tiene nada que ver con su designación de beneficiario.)
 ((An assignment is a transfer of your rights under this policy; it does not refer to your beneficiary designation.))

¿Ha declarado bancarrota? Sí No
 (Have you filed for bankruptcy?)

Si es sí, el fideicomisario en bancarrota u otro oficial del Juzgado de Bancarrota deben de llenar la autorización por escrito adjunto para que se pague un Beneficio Adelantado.
 (If yes, the trustee in bankruptcy or other official of the Bankruptcy Court must complete the attached written consent for payment of an Accelerated Benefit.)
 (Si está cubierto bajo una póliza emitida en Connecticut, Illinois o Texas, no es necesario que responda.)
 ((If you are covered under a policy issued in CT, IL, or TX, you are not required to respond.))

¿Le exige una agencia gubernamental que use el Beneficio Adelantado para solicitar o continuar recibiendo un beneficio del gobierno u otorgaciones?..... Sí No
 (Are you required by a government agency to use the Accelerated Benefit to apply for, receive, or continue a government benefit or entitlement?)

(Si está cubierto bajo una póliza emitida en Connecticut, no necesita responder.)
 ((If you are covered under a policy issued in CT, you are not required to respond.))

¿Había antes solicitado o recibido un Beneficio Adelantado bajo la Póliza Colectiva? Sí No
 (Have you previously applied for or received an Accelerated Benefit under the Group Policy?)

¿Ha solicitado cambiar o ha cambiado en total o en parte su cobertura bajo la Póliza Colectiva a una póliza individual? Sí No
 (Have you made application to convert or have you converted all or part of your coverage under the Group Policy to an individual policy?)

Verifico que las respuestas dadas son verdaderas a mi mejor saber y entender y son la base de mi reclamación para el Beneficio Adelantado. Entiendo que lo que reciba del Beneficio Adelantado éste podría ser gravable y cambiar mis derechos para recibir Medicaid u otro beneficio del gobierno u otorgaciones. También entiendo que si cumplo con los requisitos de la definición de "individuo con enfermedad terminal" bajo la sección 101 del Código de Impuestos Internos, mi Beneficio Adelantado podría ser libre de impuestos y estos asuntos deberían ser analizados con un asesor de impuestos o asuntos legales antes de solicitar un Beneficio Adelantado. Aun más, entiendo que este beneficio incluye un pago del seguro de vida adelantado y no tiene la intención ni fue creado para darme beneficios de salud, servicio a domicilio o de largo tiempo.

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 en la página 6 de este formulario.

Firma _____ Fecha _____
 (Signature) (Date)

I certify the above answers are true and complete and to the best of my knowledge and belief form the basis of my claim for an Accelerated Benefit. I do understand that the receipt of an Accelerated Benefit may be taxable and affect my eligibility for Medicaid or other government benefits or entitlements. I also understand that if I meet the definition of "terminally ill individual" of the Internal Revenue Code Section 101, my Accelerated Benefit may be non-taxable and these matters should be discussed with my tax and/or legal advisor before applying for an Accelerated Benefit. I further understand that this benefit provides for an accelerated payment of life insurance and is not intended nor designed to provide health, nursing home or long term care benefits.

Acknowledgment

I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 6 of this form.

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 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.

ESTADO DE _____)
(STATE OF) _____) ss.
Condado de _____)
(County of)

El suscrito, bajo juramento depone y dice:
(The undersigned, on oath being first duly sworn, depose and say)

Mi parentesco con _____ es:
(My relationship to) _____ (Nombre de reclamante) (Name of Claimant) _____ (is)

- Cónyuge domiciliado en un estado con bienes de sociedad conyugal
(Spouse living in a community property state)
- Asignado bajo una asignación
(Assignee under an assignment)
- Fideicomisario en bancarrota u otro oficial del Juzgado de Bancarrota
(Trustee in bankruptcy or other official of the Bankruptcy Court)

Entiendo que el reclamante está solicitando a la Standard Insurance Company (The Standard) que le hagan un pago de un Beneficio Adelantado por la cantidad de \$ _____ bajo la póliza de seguro de vida temporal colectiva. Doy mi autorización a que The Standard le pague al reclamante del Beneficio Adelantado siempre y cuando The Standard concluya que el reclamante tenga derecho al mismo.

I understand that the claimant is making application to Standard Insurance Company (The Standard) for the payment of an Accelerated Benefit in the amount of \$ _____ under a group term life insurance policy. I consent to the payment by The Standard to claimant of the Accelerated Benefit should The Standard determine the claimant to be eligible.

Firma (Signature)

Suscrito y bajo juramento ante mí este _____ día de _____
(Subscribed and sworn to before me this) _____ (day of)

Notario público del (Notary Public for the)

Estado de _____
(State of)

Mi comisión termina _____
(My commission expires)

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

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 de enseñanza, profesional o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de informes para el consumidor, institución financiera, contador o elaborador de declaraciones de impuestos.
- Cualquier agencia del gobierno (*por ejemplo, la Administración del Seguro Social, el Sistema Público de Jubilaciones, la Junta de Jubilaciones de los Ferrocarriles, 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”).

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

- 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 bajo el seguro de vida, desmembramiento o incapacidad, o por 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 proporcionar 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 a claim(s) under my life, dismemberment and/or disability insurance, or leave of absence claim, 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 de seguro de vida, desmembramiento o 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 12. 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 life, dismemberment and/or disability insurance claim(s) and leave of absence claim. 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 12. 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.)

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

Standard Insurance Company es una compañía de seguros autorizada en todos los estados menos en Nueva York. The Standard Life Insurance Company of New York es una compañía de seguros autorizada únicamente en Nueva York. 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 entraría en vigencia diez días después de haber sido recibida por Standard Insurance Company, dando por entendido de que hacerlo puede provocar que se rechace una reclamación o cambie adversamente una resolución pendiente de seguros.

Standard Insurance Company tiene prohibido por ley basarse en la situación de abuso para rechazar, negarse a emitir, reanudar o 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 maybe 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.

El paciente tiene la responsabilidad de llenar este formulario a costo propio. Necesitamos datos médicos detallados para poder analizar la reclamación del asegurado por Beneficios Adelantados. Escriba legiblemente en letra de molde.

(The patient is responsible for the completion of this form at their own expense. We require comprehensive medical information in order to evaluate the insured's claim for Accelerated Benefit. Please print clearly.)

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

Nombre y apellido _____ (Full Name)	Teléfono (_____) _____ (Phone)
Dirección _____ (Street Address)	
Ciudad _____ (City)	Estado _____ Código postal _____ (State) (ZIP)
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No)
Número de póliza _____ (Policy Number)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino (Sex) (Male) (Female)

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

The purpose of this form is to help us determine whether your patient is eligible for accelerated payment of life insurance proceeds. We need to evaluate the clinical condition of your patient. Please advise of any clinical findings including laboratory data and results of special tests such as X-rays, CAT scan, EKG, etc. Copies of any surgical reports, hospital discharge summaries, chart notes, or narrative reports will be helpful.

(El propósito de este formulario es ayudar a concluir si el paciente tiene derecho de recibir pago por beneficio adelantado del seguro de vida. Necesitamos analizar el estado médico de su paciente. Favor de informar cualquier hallazgo clínico, como datos de laboratorio y resultados de pruebas especiales tal como radiografías, tomografías, electrocardiogramas, etc. Serán muy útiles copias de cualquier informe quirúrgico, resúmenes de alta del hospital, notas de archivos e informes narrativos.)

Weight _____ (Peso)	Height _____ (Estatura)	Blood pressure on last visit _____ (Tensión arterial en la última consulta)	Pulse _____ (Pulso)
Diagnosis (Diagnóstico)			
Primary _____ (Primario)			
Secondary _____ (Secundario)			
ICDA Classification _____ (Clasificación CIE)			
Course of treatment, including medications _____ (Tratamiento planeado, incluya medicamentos)			
Prognosis _____ (Pronóstico)			
In your opinion, does the patient have a terminal condition? _____ (En su opinión, ¿tiene el paciente una enfermedad terminal?)			
What is the terminal condition? _____ (¿Cuál es la enfermedad terminal?)			
In your professional opinion, what is the patient's life expectancy? (En su opinión profesional, ¿cuál es la duración probable de vida del paciente?)			
<input type="checkbox"/> Less than 6 months (Menos de 6 meses)			
<input type="checkbox"/> 6 to 12 months (De 6 a 12 meses)			
<input type="checkbox"/> Greater than 12 months (Más de 12 meses)			
<input type="checkbox"/> Other _____ (Otro)			

Claimant's Name _____
 (Nombre del reclamante)

Objective Findings – Objective documentation must be included to support life expectancy
 (Hallazgos objetivos. La documentación objetiva debe ser incluida para respaldar la duración probable de vida.) _____

Symptoms
 (Síntomas) _____

When did symptoms first appear?
 (¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?) _____

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

Dates and Nature of Treatment (Fecha y motivo de tratamiento)

(a) Date of first visit _____ Date of last visit _____
 (Fecha de la primera consulta) (Fecha de la última consulta)

(b) Frequency Weekly Monthly Other *Specify* _____
 (Frecuentemente) (Semanal) (Mensual) (Otro) (*Especifique*)

(c) Will treatment substantially improve function and employability? Sí No *If yes, specify* _____
 (¿El tratamiento mejorará la función y el regreso al trabajo sustancialmente?) (*Si es sí, especifique*)

(d) Have you made referrals? Yes No *If yes, specify* _____
 (¿Ha hecho alguna remisión?) (*Si es sí, especifique*)

Name _____ Specialty _____ Phone (_____) _____
 (Nombre) (Especialidad) (Teléfono)

Progress (Evolución)

(a) Has patient: Retrogressed Unchanged Improved Recovered
 (El paciente a) (Empeorado) (Sin cambio) (Mejorado) (Repuesto)

(b) Is patient: Hospital confined Bed confined House confined Ambulatory
 (El paciente está) (Recluido en un hospital) (Obligado a guardar cama) (Limitado a estar en casa) (Ambulatorio)

(c) If patient has been hospitalized, please provide the name, address, and phone number of the hospital.
 (Si el paciente está hospitalizado, favor de dar el nombre, dirección y número telefónico del hospital.)

Admitted _____ Discharged _____ Phone (_____) _____
 (Ingresado) (Dado de alta) (Teléfono)

Limitation (Limitación) If there is a limitation, check and describe below. (Si hay una limitación, marque y describa abajo.)

Are the limitations permanent? Sí No
 (¿Hay limitaciones permanentes?)

Sitting Climbing Bending Use of left hand/arm Use of right hand/arm Sitting Walking
 (Sentarse) (Trear) (Doblarse) (Uso de la mano o brazo izquierdo) (Uso de la mano o brazo derecho) (Sentarse) (Caminar)

Stooping Lifting Pushing/Pulling Other clarify _____
 (Encorvarse) (Levantar) (Empujar o jalar) (Otro, explique)

Claimant's Name _____
 (Nombre del reclamante)

**Physical Impairment (Trastornos físicos) *as defined in Federal Dictionary of Occupational Titles
 (*como está definido en el Federal Dictionary of Occupational Titles (diccionario federal de títulos profesionales))**

<input type="checkbox"/>	Class 1 – No limitation of functional capacity; capable of heavy work*; No restrictions (Clase 1. No hay limitación de la capacidad funcional; puede llevar a cabo trabajo pesado*; no hay restricciones)
<input type="checkbox"/>	Class 2 – Medium manual activity* (Clase 2. Tareas manuales a nivel mediano*)
<input type="checkbox"/>	Class 3 – Slight limitation of functional capacity; capable of light work* (Clase 3. Limitación ligera de la capacidad funcional; puede llevar a cabo trabajo ligero)
<input type="checkbox"/>	Class 4 – Moderate limitation of functional capacity; capable of clerical/administrative (sedentary*) activity (Clase 4. Limitación moderada de la capacidad funcional; puede llevar a cabo tareas secretariales u de oficina (sedentarias*))
<input type="checkbox"/>	Class 5 – Severe limitation of functional capacity; incapable of minimal (sedentary*) activity (Clase 5. Limitación grave de la capacidad funcional; no puede llevar a cabo tareas mínimas (sedentarias*))
<input type="checkbox"/>	Remarks _____ (Observaciones)

Do you believe the patient is competent to manage insurance benefits? Sí No
 (¿Cree usted que 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 para designar a alguien que lo ayude a administrar los subsidios del seguro?)

**List Other Treating or Referring Physicians
 (Haga una lista de otros médicos dando tratamiento o remisión)**

NAME (NOMBRE)	ADDRESS (DIRECCIÓN)
1. _____ _____ City (Ciudad) State (Estado) ZIP (Código postal)	_____
2. _____ _____ City (Ciudad) State (Estado) ZIP (Código postal)	_____

Name of Physician _____ Specialty _____
 (Nombre del médico) (Especialidad)

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

Phone (_____) _____ Taxpayer Identification No. _____
 (Teléfono) (N.º de Identificación de Contribuyente)

Acknowledgment

I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 16 of this form.

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 en la página 16 de este formulario.

Signature _____ Date _____
 (Firma) (Fecha)

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 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.