

*Escriba legiblemente en letra de molde y responda todas las preguntas. Si no responde todas las preguntas, es posible que se le devuelva el formulario. (Please print clearly and complete all questions. Form may be returned for completion of unanswered questions.)*

### 1. Empleado (Employee)

Nombre del empleado _____ (Name of Employee)			
Domicilio _____ (Street Address)			
Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)	
Título del puesto _____ (Job Title)			
N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)		Fecha de nacimiento _____ (Date of Birth)	

### 2. Información sobre la situación laboral (Work Status Information)

Fecha de contratación o membresía en la asociación ( <i>sindicato u otro</i> ) _____ (Date of employment or association membership ( <i>union or other</i> ))	Miembro del sindicato <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Union Member)
Fecha de vigencia del seguro del empleado _____ (Effective date of Employee's insurance)	
Nombre del sindicato _____ (Name of Union)	Nombre del contacto _____ (Contact Person)
El estado del empleado a la fecha en que empezó la incapacidad: (Employee's status on date disability commenced)	
¿Estaba el empleado presente en el trabajo el día antes de que empezara la incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Was Employee Actively at Work the day before disability commenced?)	
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)
¿Fue despedido el empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is Employee terminated?)	
Fecha de vigencia _____ (Effective Date)	
<i>Si es sí, favor de dejar de pagar la prima para este empleado. (If yes, please stop premium payment for this Employee.)</i>	
Motivo del despido (Reason for termination)	

Nombre del reclamante \_\_\_\_\_  
 (Claimant's Name)

**3. Otra información (Other Information)**

¿Tiene el empleado alguna de las siguientes coberturas de seguro con alguna otra aseguradora que no sea The Standard? Ha solicitado el empleado: (Does Employee have any of the following insurance coverage with a carrier other than The Standard? Has Employee applied for:)			
	Otra aseguradora (Other Carrier)	Solicitado (Applied)	Recibiendo (Receiving)
A. Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B. Incapacidad de Corto Plazo (Short Term Disability)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
C. Seguro de Vida bajo más de una póliza (Life Insurance under more than one policy)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Favor de incluir el nombre, dirección y persona de contacto. (Please provide the name, address and contact person for the above.)			
A. Nombre _____ (Name) Dirección _____ (Address) _____ Ciudad (City)                      Estado (State)      Código postal (ZIP) Teléfono (_____) _____ (Phone) Fax (_____) _____ (Fax)		B. Nombre _____ (Name) Dirección _____ (Address) _____ Ciudad (City)                      Estado (State)      Código postal (ZIP) Teléfono (_____) _____ (Phone) Fax (_____) _____ (Fax)	
<b>Beneficios del seguro social (Social Security Benefits)</b>		¿Ha solicitado el empleado beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      ¿Está recibiendo el empleado beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Has Employee applied for benefits?)                      (Is Employee receiving benefits?)	

Nombre del reclamante \_\_\_\_\_  
 (Claimant's Name)

**4. Ingresos (Earnings)**

Favor de marcar la sección pertinente y escriba la cantidad del salario.  
 (Please check appropriate box and fill in the amount of salary.)

- Ingreso mensual base (Basic Monthly Earnings) Precio mensual \$ \_\_\_\_\_ (Monthly Rate)
- Ingresos anuales básicos (Basic Yearly Earnings) Precio anual \$ \_\_\_\_\_ (Annual Rate)
- Ingresos por contrato básicos (Basic Contract Earnings) Cantidad del contrato \$ \_\_\_\_\_ Duración del contrato \_\_\_\_\_ (Contract Amount) (Length of Contract)
- Ingresos semanales básicos (Basic Weekly Earnings) Precio semanal \$ \_\_\_\_\_ (Weekly Rate)
- Ingresos por hora básicos (Basic Hourly Earnings) Precio por hora \$ \_\_\_\_\_ (Hourly Rate)
- Comisiones. *Favor de adjuntar la lista de comisiones pagadas por el periodo especificado en su póliza colectiva.*  
 (Commissions. *Please attach list of commissions paid for the period specified in your group policy.*)

Fecha del último aumento \_\_\_\_\_ Ingresos antes del aumento \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
 (Date of last increase) (Earnings prior to increase) (per)

Si la fecha de vigencia del aumento del seguro es distinto de la fecha de aumento de ingresos,  
 (If effective date of increase in insurance is different than date of last earnings increase)

favor de escribir la fecha de vigencia de aumento de seguro \_\_\_\_\_  
 (please give effective date of insurance increase)

**5. Cantidad de seguro (Amount of Insurance)**

¿Tiene el empleado Seguro de Vida colectivo con Standard Insurance Company bajo más de una póliza?  Sí  No  
 (Does Employee have group Life Insurance with Standard Insurance Company under more than one policy?)

Si es sí, de los números de todas las pólizas de The Standard \_\_\_\_\_  
 (If yes, list all of The Standard's policy numbers)

¿Tiene el empleado seguro por Incapacidad de Largo Plazo con The Standard?  Sí  No Clasificación de puesto \_\_\_\_\_  
 (Does Employee have Long Term Disability with The Standard?) (Job Classification)

Cantidad de Seguro de Vida Básico con The Standard \$ \_\_\_\_\_  
 (Amount of Basic Life Insurance with The Standard)

Cantidad de Seguro de Vida Optativo con The Standard \$ \_\_\_\_\_  
 (Amount of Optional Life Insurance with The Standard)

Cantidad de Seguro de Vida Voluntario con The Standard \$ \_\_\_\_\_  
 (Amount of Voluntary Life Insurance with The Standard)

Cantidad de Seguro de Vida Extra con The Standard \$ \_\_\_\_\_  
 (Amount of Additional Life Insurance with The Standard)

Número de clasificación de la póliza \_\_\_\_\_  
 (Policy Class Number)

¿Tiene el empleado Seguro de Vida para dependientes bajo su póliza colectiva?  Sí  No  
 (Does Employee have Life Insurance for dependents under your group policy?)

Si es sí, cantidad del Seguro de Vida del Cónyuge \$ \_\_\_\_\_ Seguro de Vida de Dependientes \$ \_\_\_\_\_  
 (If yes, amount of Spouse Life Insurance) (Dependents Life Insurance)

*Favor de seguir haciendo pagos de prima hasta que se le notifique lo contrario, al menos que el empleado sea despedido.*  
 (Please continue payment of premiums until otherwise notified unless employee has been terminated.)

Si ya ha dejado de pagar las primas, escriba la fecha que cubrió el último pago \_\_\_\_\_  
 (If premiums have already been terminated, give date paid through)

Nombre del reclamante \_\_\_\_\_  
(Claimant's Name)

**6. Anexos (Attachments)**

*Favor de adjuntar lo siguiente (Please attach the following):*

- a. La tarjeta de inscripción **original** y cualquier cambio de beneficiario posterior  
(**Original** Enrollment card and any subsequent beneficiary changes)
- b. Copia de la descripción del puesto  
(Copy of Job Description)
- c. Copia de la solicitud de empleo o currículum  
(Copy of Employment Application or Resume)

***Información importante, favor de adjuntar  
(Important Information Please Attach)***

**7. Representante del empleador que llena este formulario (Employer Representative  
Completing This Form) En letra de molde o a máquina. (Please print or type.)**

Empleador _____ (Employer)	Representante _____ (Representative)
Dirección _____ (Address)	Código postal _____ (ZIP)
Teléfono (_____) _____ (Phone)	Fax (_____) _____ (Fax)
	Número de póliza _____ (Policy Number)

**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 5 de este formulario.

**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 5 of this form.

Firma _____ (Signature)	Título _____ (Title)	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 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.