



Por favor lea con atención

Su seguro colectivo ofrece un beneficio que exenta de ulteriores pagos de prima del Seguro de Vida Colectivo a aquellos miembros que tienen derecho de participación y que no pueden trabajar en ninguna de las profesiones de su competencia para las cuales están capacitados por su preparación académica, su capacitación y su experiencia.

En la mayoría de los casos, para tener derecho a la Exención de prima, el individuo debe tener 60 años de edad o menos cuando comienza su incapacidad. Si tiene alguna duda acerca de la edad especificada en el Seguro de Vida Colectivo que usted tiene con nosotros, por favor comuníquese a nuestras oficinas.

Si tiene derecho a este beneficio, su Seguro de Vida Colectivo seguirá vigente, sin que usted pague primas, por el tiempo restante en que no pueda trabajar o hasta el Periodo de beneficio máximo especificado en la Póliza colectiva o en la Declaración de cobertura hecha por su Empleador. Para mayor información sobre el beneficio de Exención de prima, por favor consulte la sección de su Certificado de Seguro que se refiere a la cobertura durante una incapacidad total.

Para solicitar este beneficio debe usted entregar el paquete de reclamación con todos los formularios contestados. Su paquete de reclamación contiene cuatro formularios. Todas las preguntas de los formularios son importantes. Por favor contéstelas lo mejor que pueda. Si una sección no tiene que ver con usted, o si usted no tiene esa información, por favor indíquelo en el espacio que se da.

Los cuatro formularios de su paquete de reclamación son:

1. Declaración del empleado

Por favor llene la declaración en su totalidad. Si no hay suficiente espacio en el formulario, por favor use otra hoja. Recuerde firmar y fechar la Declaración. Si no firma la Declaración, se la regresaremos para que la firme.

2. Autorización para obtener y divulgar información

Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia

Por favor firme y feche la Autorización para obtener y divulgar información y anéxela 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 para obtener y divulgar información también nos permite dar a conocer a otros esta información para los fines descritos en la Autorización.

Please Read Carefully

Your group insurance provides a benefit which waives further payment of Group Life Insurance premiums for eligible members who are unable to work at all reasonable occupations for which they are suited by reason of education, training and experience.

In most cases, an individual must be less than 60 years of age at commencement of disability to qualify for Waiver of Premium. If you have a question regarding the age requirement under your Group Life Insurance with us, please contact our office.

If you are eligible for this benefit, your Group Life Insurance will remain in force without payment of premiums for the remainder of your inability to work, or the maximum benefit period specified in the Group Policy or your Employer's Statement of Coverage. Please refer to the section of your Certificate of Insurance which deals with coverage during total disability for further information on the Waiver of Premium benefit.

In order to apply for this benefit, you must submit a completed claim packet. Your claim packet consists of four 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.

The four forms in your claim packet are:

1. Employee's Statement

Please complete the entire Statement. 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

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 on this form enables Standard Insurance Company to obtain the information necessary to determine your eligibility for this benefit. The Authorization to Obtain and Release Information also allows us to release this information to other parties for purposes specified on the Authorization.



Si alguna vez ha recibido consultas o tratamientos de un psiquiatra, psicoterapeuta, psicólogo, trabajador social clínico (con MSW o maestría en trabajo social, con MCSW o maestría en trabajo social clínico, etc.) o cualquier otro proveedor de tratamientos para una enfermedad mental, por favor firme y regrese la Autorización para obtener y divulgar información y la Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia.

Recibirá copias de estas autorizaciones si las solicita.

3. Declaración del médico tratante

Por favor escriba los datos del miembro en la parte superior del formulario; el resto del formulario lo debe llenar su médico. Si a causa de su incapacidad ha consultado a más de un médico, cada uno de ellos debe llenar una declaración. Su médico o médicos deberán enviar directamente a The Standard el formulario llenado.

4. Declaración del empleador

Este formulario debe llenarlo solamente su empleador. Por favor verifique que su empleador devuelva el formulario a The Standard.

Es obligación de usted encargarse de que todos los formularios necesarios se llenen y se regresen a nuestras oficinas. Su reclamación se empezará a tramitar una vez que hayamos recibido todos los formularios llenos. Si tiene alguna duda, por favor no dude en comunicarse a nuestras oficinas.

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. Attending Physician's Statement

Please provide the member information at the top of the form and the remainder of the form should be completed by your physician. If you have seen more than one physician for your disability, a statement should be completed by each one. Your physician(s) should mail the completed form directly to The Standard.

4. Employer's Statement

This form should be completed entirely by your employer. Please see that your employer returns the form 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.

*Por favor escriba en letra de molde o a máquina y responda todas las preguntas. Si tiene preguntas sin contestar, el formulario será devuelto.
 (Please type or print, and complete all questions. Form may be returned for completion of unanswered questions.)*

Empleado (Employee)

Nombre completo _____ (Full Name)		N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)	
Dirección (número y calle) _____ (Street Address)		Ciudad _____ (City)	Estado _____ Código postal _____ (State) (ZIP)
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer (Sex) (Male) (Female)	
¿Tiene alguna póliza de seguro de vida individual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Do you have an individual life insurance policy?)			
Si respondió sí, indique nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguros. (If yes, indicate insurance carrier name, address and telephone number)			

¿Recibió usted un Certificado de Seguro de Vida Colectivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Did you receive a Group Life Certificate of Insurance?)			
¿Recibió un folleto sobre el Seguro de Vida Colectivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Did you receive a Group Life Brochure?)			

Empleo (Employment)

Nombre del empleador _____ (Name of Employer)		N.º de póliza colectiva _____ (Group Policy No.)	
Dirección (número y calle) _____ (Street Address)		Ciudad _____ (City)	Estado _____ Código postal _____ (State) (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)		Título del puesto _____ (Job Title)	
Describa sus funciones. (Describe your duties.)			

Fecha de contratación _____ (Date Hired)		Último día en el trabajo _____ (Last Day at Work)	
Fecha en la que quedó imposibilitado para trabajar en su profesión debido a una enfermedad o lesión _____ (Date you became unable to work at your occupation as a result of illness or injury)			
¿Se encuentra trabajando en su propia profesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿O en otra profesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
(Are you working at your occupation?)		(or another occupation?)	
<i>Si respondió sí, por favor conteste lo siguiente (If "yes" please complete the following)</i>			
_____		(_____) _____	
Nombre del empleador (Employer's Name)		Dirección (número y calle) (Address)	
_____		Número de teléfono (Phone Number)	
Título del puesto _____ (Job Title)		Fecha de contratación _____ (Date of Employment)	
_____		(_____) _____	
Nombre del empleador (Employer's Name)		Dirección (número y calle) (Address)	
_____		Número de teléfono (Phone Number)	
Título del puesto _____ (Job Title)		Fecha de contratación _____ (Date of Employment)	
¿Está buscando empleo actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you currently seeking employment?)			
¿Tiene algún trabajo por su cuenta, de cualquier tipo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Título del puesto _____ (Job Title)	
(Are you self-employed at any activity?)		_____	
Fecha en que regresó a trabajar de medio tiempo _____ Date you resumed part-time work		Fecha en que regresó a trabajar de tiempo completo _____ Date you resumed full-time work	

Enfermedad (Sickness)

Fecha en que la notó por primera vez _____ ¿Cuál es su enfermedad? _____
 (Date first noticed) (What is your illness?)

Por favor describa sus síntomas.
 (Please describe symptoms)

¿Alguna vez tuvo antes esta misma enfermedad o una enfermedad relacionada? Sí No Fecha _____
 (Have you ever had same condition or related illness before?) (Date)

Accidente (Accident)

Describa las lesiones _____
(Describe Injuries)

Causa de las lesiones _____
 (Cause of Injuries)

Hora, fecha y ubicación del accidente
 (Time, Date and Location of Accident)

Incapacidad (Disability)

Explique por qué su enfermedad o lesión le impide trabajar.
 (Explain how your illness or injury prevents you from working)

Médico tratante (Attending Physician)

Nombre del médico _____
 (Physician's Name)

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

Dirección (número y calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 (Street Address) (City) (State) (ZIP)

Especialidad _____ Fecha de la primera consulta por esta lesión o enfermedad _____ Fecha de la última consulta _____
 Specialty Date first consulted for injury or illness Date Last Seen

*Liste a todos los otros médicos a los que haya consultado por esta lesión o enfermedad. Puede anexar otra hoja si necesita más espacio para la lista de médicos.
 (List all other physicians consulted for this injury or illness. You may attach separate sheet for additional physicians if needed)*

Nombre _____ (Name)	Nombre _____ (Name)								
Especialidad _____ (Specialty)	Especialidad _____ (Specialty)								
Dirección (número y calle) _____ (Address)	Dirección (número y calle) _____ (Address)								
_____ _____	_____ _____								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Ciudad (City)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Estado (State)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Código postal (ZIP)</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Ciudad (City)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Estado (State)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Código postal (ZIP)</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)	
Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)							
Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)							
N.º de teléfono (____) _____ N.º de fax (____) _____ (Phone No.) (Fax No.)	N.º de teléfono (____) _____ N.º de fax (____) _____ (Phone No.) (Fax No.)								
Fecha de la primera consulta _____ (Date First Visit)	Fecha de la primera consulta _____ (Date First Visit)								
Fecha de la última consulta _____ (Date Last Visit)	Fecha de la última consulta _____ (Date Last Visit)								

Hospital (Hospital)

*Si estuvo hospitalizado por esta enfermedad, por favor llene esta sección. Por favor adjunte una copia de la factura del hospital, si la conserva.
 (If you were hospitalized for this condition, please complete. Please attach copy of hospital bill, if available.)*

Nombre del hospital _____
 (Hospital Name)

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

Desde _____ Hasta _____ Motivo de la hospitalización _____
 (From) (Through) (Reason for Hospitalization)

Desde _____ Hasta _____ Motivo de la hospitalización _____
 (From) (Through) (Reason for Hospitalization)

Beneficios (Benefits)

*Por favor marque las casillas de los beneficios que ha solicitado y de la situación en que se encuentran.
 (Please check the benefits you have applied for and the appropriate status box.)*

Solicitó (Applied)	Está recibiendo (Receiving)	Vigente (Effective)	Fue rechazado (Denied)	En apelación (Appealing)
<input type="checkbox"/> Seguro Social (Social Security)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compensación para los Trabajadores (Workers' Compensation)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Corto Plazo (Short Term Disability)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otra _____ (Other)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(p. ej. jubilación, beneficios sindicales, desempleo, etc.)
 (e.g., retirement, union benefits, unemployment, etc.)*

*Por favor adjunte a esta solicitud copias de todas las cartas o avisos de las fuentes o agencias mencionadas.
 (Please send copies of any letters/notices from the above sources/agencies with this application.)*

Preparación académica (Education)

Por favor indique el último año escolar que haya terminado _____
 (Please indicate the highest grade of school completed)

¿Recibió el certificado de la escuela preparatoria (high school diploma)? (Did you receive a high school diploma?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año _____ (Year)	¿El Diploma de enseñanza general (General Education Diploma o GED)? (GED Diploma?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año _____ (Year)
---	---	---------------------	---	---	---------------------

¿Cursó estudios universitarios? (Did you attend college?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especialidad _____ (Major)	¿Obtuvo su título? (Did you graduate?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Título _____ (Degree)	Año _____ (Year)
---	---	-------------------------------	--	---	--------------------------	---------------------

¿Estudios de posgrado? (Graduate School?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especialidad _____ (Major)	¿Obtuvo su título? (Did you graduate?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Título _____ (Degree)	Año _____ (Year)
---	---	-------------------------------	--	---	--------------------------	---------------------

Describa por favor los programas de capacitación con estudios técnicos o vocacionales a los que haya asistido (*p. ej. soldadura, mecánica automotriz, trabajo de oficina, etc.*) (Please describe any vocational or technical education training programs you have attended (*e.g., Welding, Auto Mechanics, Clerical, etc.*))

Escuela o instituto _____ (School or Institute)	Fechas desde _____ hasta _____ (Dates From) (To)
--	---

Título o certificado recibido _____ (Degree or Certificate received)	Clase de habilidades adquiridas _____ (Type of skills acquired)
---	--

Por favor describa los programas de capacitación para aprendices que haya tomado (*p. ej. plomería, construcción, etc.*) (Please describe any apprenticeship training programs you have attended (*e.g., Plumbing, Construction, etc.*))

Escuela o instituto _____ (School or Institute)	Fechas desde _____ hasta _____ (Dates From) (To)
--	---

Título o certificado recibido _____ (Degree or Certificate Received)	Clase de habilidades adquiridas _____ (Type of Skills Acquired)
---	--

Por favor describa las sesiones de capacitación a las que haya asistido en su trabajo.
 (Please describe any in-house training sessions you have attended.)

Por favor indique qué tipos de maquinaria y de herramientas ha usado.
 (Please describe any machines or tools you have used.)

Por favor describa todas las tareas de supervisión que haya tenido.
 (Please describe any supervisory duties you have had.)

Por favor nombre todas las licencias profesionales que haya obtenido (<i>p. ej. en bienes raíces, certificado de enseñanza, licencia de piloto, etc.</i>) (Please list any professional licenses you have obtained (<i>e.g., Real Estate, Teaching Cert., Pilots, etc.</i>))	¿Están vigentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are they current?)
--	---

¿En este momento tiene licencia para conducir válida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Do you now have a valid driver's license?)	¿Licencia de chofer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Chauffeur's License?)	¿Licencia comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Commercial?)
--	--	---

¿Participa ahora o alguna vez participó en un programa de capacitación para una segunda profesión u ocupación? Sí No
 (Are you or have you been engaged in a vocational retraining program?)

Si es sí, favor de dar fechas de participación _____ hasta _____
 (If yes, please list participation dates) (through)

¿Algún asesor le está ayudando a buscar empleo? Sí No *Si respondió sí, por favor conteste lo siguiente*
 (Is a counselor assisting you with your job search?) *(If yes, please complete the following)*

Nombre del asesor _____ Clase de programa _____
 (Counselor's Name) (Type of Program)

Nombre de la Empresa/Agencia _____
 (Firm/Agency Name)

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

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

Antecedentes laborales y experiencia (Work History and Experience)

Conteste lo siguiente empezando con su experiencia de trabajo más reciente. Si tiene curriculum vitae (résumé), favor de anexarlo. Si es necesario, agregue hojas para mencionar sus antecedentes laborales completos. Indique todos los títulos de los puestos que haya tenido con cada empleador. (Complete the following, starting with your most recent work experience. If you have a resume, please attach. If necessary, attach additional pages to complete work history. List all job titles you've had at each employer.)

Fechas de contratación (Dates of Employment)	Nombre de la compañía y título del puesto (Company Name and Job Title)	Describa sus tareas y responsabilidades (Describe Duties/Responsibilities)	Salario (mensual) (Salary (mo))
Desde (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
Hasta (To)	Título del puesto (Job Title)		
Desde (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
Hasta (To)	Título del puesto (Job Title)		
Desde (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
Hasta (To)	Título del puesto (Job Title)		
Desde (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
Hasta (To)	Título del puesto (Job Title)		

Desde (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
Hasta (To)	Título del puesto (Job Title)		
Desde (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
Hasta (To)	Título del puesto (Job Title)		
Desde (From)	Nombre de la compañía (Company Name)		
Hasta (To)	Título del puesto (Job Title)		

Por favor mencione el **servicio militar** que haya prestado.
 (Please describe any **Military Service** you have had.)

Rama _____ Rango _____ Fechas De _____ Hasta _____
 (Branch) (Rank) (Dates From) (To)

Clase de entrenamiento recibido _____
 (Type of training received)

En este espacio describa brevemente sus intereses personales, sus intereses profesionales y sus pasatiempos favoritos.
 (In the space below briefly describe your personal interests, occupational interests, and any hobbies that you may have.)

Aceptación

Por este medio certifico que las respuestas que he dado a las preguntas precedentes son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Declaro que he leído el aviso sobre fraudes que se presenta en la página 9 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 fraud notice on page 9 of this form.

Firma _____ Fecha _____
 (Signature) (Date)

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

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

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida estará cometiendo un delito y se hará acreedora a multas y confinamiento en una prisión estatal.

CALIFORNIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación del seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcionen a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto a un arreglo u otorgamiento pagaderos de las ganancias del seguro, deberán ser reportados al Departamento de seguros de Colorado, dentro de la División de agencias reguladoras.

COLORADO RESIDENTS

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

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

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

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

FLORIDA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa se hará objeto de sanciones penales y civiles.

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

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también se hará objeto de una sanción civil que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual referido aquí, estará cometiendo un acto fraudulento de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tales actos pueden clasificarse como delitos graves y al autor se le pueden imponer multas cuantiosas.

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.

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

AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS que tengan cualquier registro o información acerca de mí o de mi salud:

- Cualquier médico, profesional de la salud o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro establecimiento o asociación médicos o relacionados con servicios médicos.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros o de anualidades.
- Cualquier empleador, titular de póliza o patrocinador de plan.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia de ausencia (también de beneficios estatutarios) o un programa de anualidades.
- Cualquier asesor, organización o programa de enseñanza, vocacional o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de informes para el consumidor, institución financiera, contador o elaborador de declaraciones de fiscales.
- Cualquier organismo de gobierno (*por ejemplo, Administración del Seguro Social, Sistema Público de Jubilación, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, Consejo de Compensación para los Trabajadores, etc.*).

A DAR ESTA INFORMACIÓN:

- Archivos médicos, notas, radiografías, informes operativos, registros de laboratorio y de medicamentos y toda otra información médica acerca de mí, incluidos mis antecedentes médicos, diagnósticos, exámenes y los correspondientes resultados. Pronósticos y tratamiento de toda enfermedad física o mental, como por ejemplo:
 - Cualquier trastorno del sistema inmunitario, como VIH, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), y cualquier otro síndrome o complejo relacionado.
 - Cualquier enfermedad o trastorno contagiosos.
 - Cualquier enfermedad psiquiátrica o psicológica, incluidos los resultados de los exámenes, pero con excepción de las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia no abarcan el resumen del diagnóstico, el estado funcional, el plan de tratamiento, los síntomas, ni el pronóstico y los avances a la fecha.
 - Cualquier enfermedad, tratamiento o terapia relacionados con abusos, entre ellos drogadicción y alcoholismo.

y:

- Cualquier información que se solicite acerca de mí más allá de la información médica, incluso en asuntos tales como preparación académica, antecedentes laborales, ingresos o finanzas, discusiones o evaluaciones de adaptaciones para regresar al trabajo y el derecho a recibir otros beneficios o periodos de licencia de ausencia, entre otros, el estado de las reclamaciones, cantidad de subsidios, pagos, condiciones de arreglos, fechas de vigencia o cancelación, aportaciones al plan o programa, etc.

A STANDARD INSURANCE COMPANY, THE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, THE STANDARD BENEFIT ADMINISTRATORS Y SUS REPRESENTANTES AUTORIZADOS (conocidos como “Las Compañías”, individual y colectivamente), Y AL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE AUSENCIAS DE MI EMPLEADOR (“Administrador de ausencias”).

- Declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a entregar y divulgar toda mi historia clínica sin reservas.
- Entiendo que cada una de Las Compañías y el Administrador de ausencias reunirán mi información solo si están administrando o tomando una decisión sobre mi reclamación o mis reclamaciones de seguro de vida, desmembramiento o incapacidad, o de licencia de ausencia, y usarán la información para decidir si tengo derecho a los subsidios o licencia de ausencia o si se me otorgan esas prestaciones.

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”).

- 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.

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

- Entiendo que tengo 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 esta autorización ya se haya usado para divulgar los registros solicitados. La revocación de esta Autorización o el hecho de no firmarla podrían limitar la capacidad de Las Compañías y del Administrador de ausencias de evaluar o tramitar mis reclamaciones y podría ser causa de que se rechacen o cierren mis reclamaciones de subsidios o licencia de ausencia.
- Entiendo que, mientras están llevando a cabo los procesos de su negocio, Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden proporcionar a terceros alguna información acerca de mí. Pueden divulgar información a una reaseguradora, a un administrador de planes, a un patrocinador de plan o a cualquier persona que les preste servicios comerciales o jurídicos con respecto a mi reclamación o mis reclamaciones. Entiendo que las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán a mi empleador la información que sea necesaria para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y las adaptaciones correspondientes, y cuando realicen actividades administrativas en los planes de incapacidad autofinanciados (y no asegurados) de mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y reglamentos estatales y federales promulgados para proteger mi confidencialidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede tener que someterse a una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. La información que Las Compañías y el Administrador de ausencias retengan y divulguen puede no estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA).
- Entiendo y acepto que esta autorización, mientras se use para obtener información, permanecerá en vigencia a partir de la fecha con que se firma más abajo y:
 - Para Standard Insurance Company, por la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que se venza primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, por la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que se venza primero.
 - Para The Standard Benefit Administrators, por la duración de mis reclamaciones administradas por The Standard Benefit Administrators o 24 meses, lo que se venza primero.
 - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- Entiendo y acepto 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 de licencia de ausencia. Esta autorización para compartir información permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece abajo.
- Reconozco que he leído esta autorización y el aviso correspondiente a Nuevo México que aparece en la página 13. Una fotocopia o un facsímil (fax) de esta autorización son tan válidos como el original y se me proporcionará una copia si la solicito.
- 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.
- 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 13. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

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

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

Si es el representante legal (p. ej., apoderado, tutor o procurador) quien firma, por favor anexe la documentación que pruebe su posición 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. Su empleador podría contratar a un administrador de ausencias, y éste podría ser una de Las Compañías.

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

El estado de Nuevo México exige a Standard Insurance Company que le dé a usted la siguiente información, de conformidad con su Ley de Protección de Seguro contra Violencia Doméstica.

El formulario de Autorización le permite a Standard Insurance Company obtener datos personales para confirmar si usted tiene derecho a subsidios del seguro. La información que proporcionen usted y otras fuentes puede contener información confidencial sobre abuso o violencia. “Información confidencial sobre abuso o violencia” hace referencia a información sobre actos de violencia doméstica o situación de violencia, a la dirección del trabajo o del domicilio o el número telefónico de una víctima de violencia doméstica, o a la situación de un solicitante o asegurado como familiar, empleador o socio de una víctima de violencia doméstica o de una persona con la cual se sabe que el solicitante o asegurado tiene una relación de asesoría directa, personal cercana, familiar o relacionada con violencia. Con respecto a la información confidencial sobre abuso o violencia, usted puede revocar esta autorización por escrito — la revocación entraría en vigencia diez días después de que la recibiera Standard Insurance Company—, con el entendimiento de que hacerlo puede ocasionar el rechazo de una reclamación o un efecto adverso en una resolución de seguros pendiente.

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

Si lo solicita por escrito tendrá derecho a revisar su información confidencial sobre abuso o violencia obtenida por Standard Insurance Company. Standard Insurance Company le enviará por correo una copia de la información relativa a usted en un plazo de 30 días hábiles después de recibir la solicitud. Después de revisar la información, usted puede solicitar que corriamos, enmendemos o anulemos cualquier dato confidencial sobre abuso o violencia que crea que es incorrecto. Standard Insurance Company revisará con atención su solicitud y hará los cambios que se justifiquen. Si desea mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, escribanos para recibir una notificación en detalle.

Si desea ser persona protegida (una víctima de violencia doméstica que informó a Standard Insurance Company que es o ha sido víctima de violencia doméstica) y participar en el programa de confidencialidad de información de domicilio de Standard Insurance Company, por favor envíe su solicitud a Standard Insurance Company.

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

FOR RESIDENTS OF NEW MEXICO

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

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

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

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

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

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

AUTORIZO A LAS SIGUIENTES PERSONAS que tengan cualquier registro o información acerca de mí o de mi salud:

- Cualquier médico, profesional de la salud o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro establecimiento o asociación médicos o relacionados con servicios médicos.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia de ausencia (también de beneficios estatutarios).
- Cualquier organismo de gobierno (*por ejemplo, Administración del Seguro Social, Sistema Público de Jubilación, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, Consejo de Compensación para los Trabajadores, etc.*).

A DAR ESTA INFORMACIÓN:

- Notas registradas por un proveedor de atención médica, especialista en trastornos mentales, mientras documentaba o analizaba el contenido de las conversaciones durante una sesión de terapia privada o durante una sesión de terapia grupal, conjunta o familiar y que se conservan separadas del resto de mi historia clínica.

ASTANDARD INSURANCE COMPANY, THE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, THE STANDARD BENEFIT ADMINISTRATORS Y A SUS REPRESENTANTES AUTORIZADOS (en adelante, “las Compañías”, individual y colectivamente), Y AL ADMINISTRADOR DE PROGRAMAS DE GESTIÓN DE AUSENCIAS DE MI EMPLEADOR (“Administrador de ausencias”).

- Declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a entregar y divulgar toda mi historia clínica sin reservas.
- Entiendo que cada una de Las Compañías y el Administrador de ausencias reunirán mi información solo si están administrando o tomando una decisión sobre mi reclamación o mis reclamaciones de incapacidad o de licencia de ausencia, y usarán la información para decidir si tengo derecho a los subsidios o a la licencia de ausencia o si se me otorgan esas prestaciones.
- Entiendo que tengo 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 esta autorización ya se haya usado para divulgar los registros solicitados. La revocación de esta Autorización o el hecho de no firmarla podrían limitar la capacidad de Las Compañías y del Administrador de ausencias de evaluar o tramitar mis reclamaciones y podría ser causa de que se rechacen o cierren mis reclamaciones de subsidios o licencia de 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, mientras están llevando a cabo los procesos de su negocio, Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden proporcionar a terceros alguna información acerca de mí. Pueden divulgar información a una reaseguradora, a un administrador de planes, a un patrocinador de plan o a cualquier persona que les preste servicios comerciales o jurídicos con respecto a mi reclamación o mis reclamaciones. Entiendo que las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán a mi empleador la información que sea necesaria para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y las adaptaciones correspondientes, y cuando realicen actividades administrativas en los planes de incapacidad autofinanciados (y no asegurados) de mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y reglamentos estatales y federales promulgados para proteger mi confidencialidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede tener que someterse a una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. La información que Las Compañías y el Administrador de ausencias retengan y divulguen puede no estar protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA).
- Entiendo y acepto que esta autorización, mientras se use para obtener información, permanecerá en vigencia a partir de la fecha con que se firma más abajo y:
 - Para Standard Insurance Company, por la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que se venza primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, por la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que se venza primero.
 - Para The Standard Benefit Administrators, por la duración de mis reclamaciones administradas por The Standard Benefit Administrators o 24 meses, lo que se venza primero.
 - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- Entiendo y acepto que Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden compartir esta información entre sí con respecto a mis reclamaciones de incapacidad y de licencia de ausencia. Esta autorización para compartir información permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece abajo.
- Reconozco que he leído esta autorización y el aviso correspondiente a Nuevo México que aparece en la página 16. Una fotocopia o un facsímil (fax) de esta autorización son tan válidos como el original y se me proporcionará una copia si la solicito.
- 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 (por favor escriba con letra de molde) _____ N.º de Seguro Social _____
(Name (please print)) (Social Security No.)

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

Si es el representante legal (p. ej., apoderado, tutor o procurador) quien firma, por favor anexe la documentación que pruebe su posición 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 notas de psicoterapia (Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes)

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. Su empleador podría contratar a un administrador de ausencias, y éste podría ser una de Las Compañías.

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

El estado de Nuevo México exige a Standard Insurance Company que le dé a usted la siguiente información, de conformidad con su Ley de Protección de Seguro contra Violencia Doméstica.

La Autorización que se anexa le permite a Standard Insurance Company obtener datos personales para definir si usted tiene derecho a subsidios del seguro. La información que proporcionen usted y otras fuentes puede contener información confidencial sobre abuso o violencia. “Información confidencial sobre abuso o violencia” hace referencia a información sobre actos de violencia doméstica o situación de violencia, a la dirección del trabajo o del domicilio o el número telefónico de una víctima de violencia doméstica, o a la situación de un solicitante o asegurado como familiar, empleador o socio de una víctima de violencia doméstica o de una persona con la cual se sabe que el solicitante o asegurado tiene una relación de asesoría directa, personal cercana, familiar o relacionada con violencia. Con respecto a la información confidencial sobre abuso o violencia, usted puede revocar esta autorización por escrito —la revocación entraría en vigencia diez días después de que la recibiera Standard Insurance Company—, con el entendimiento de que hacerlo puede ocasionar el rechazo de una reclamación o un efecto adverso en una resolución de seguros pendiente.

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

Si lo solicita por escrito tendrá derecho a revisar su información confidencial sobre abuso o violencia obtenida por Standard Insurance Company. Standard Insurance Company le enviará por correo una copia de la información relativa a usted en un plazo de 30 días hábiles después de recibir la solicitud. Después de revisar la información, usted puede solicitar que corriamos, enmendemos o anulemos cualquier dato confidencial sobre abuso o violencia que crea que es incorrecto. Standard Insurance Company revisará con atención su solicitud y hará los cambios que se justifiquen. Si desea mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, escribanos para recibir una notificación en detalle.

Si desea ser persona protegida (una víctima de violencia doméstica que informó a Standard Insurance Company que es o ha sido víctima de violencia doméstica) y participar en el programa de confidencialidad de información de domicilio de Standard Insurance Company, por favor envíe su solicitud a Standard Insurance Company.

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

FOR RESIDENTS OF NEW MEXICO

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

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

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

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

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

Parte A. Debe llenarla el paciente (Part A. To Be Completed By Patient)

Nombre (Name)		Número de reclamación (Claim Number)	Fecha (Date)
Fecha de nacimiento (Date of Birth)	N.º de Seg. Soc. (Soc. Sec. No.)	Nombre del analista (Analyst Name)	

Por favor responda tanto la pregunta 1 como la 2. (Please answer both 1. and 2.)

1. Yo afirmo que mi trastorno médico me impide trabajar el ____ / ____ / ____ (fecha de hoy)
 (I verify that my medical condition prevents me from working on) (today's date)

2. Regresé a trabajar el _____ (marque todas las casillas que correspondan)
 (I return to work on) (check all that apply)

en mi empleo en otro empleo a mi empleo autónomo
 (my job) (another job) (self employed)

Espero regresar a trabajar el _____ de medio tiempo; número de horas: _____
 (I expect to return to work on) (part-time - number of hours)

No espero regresar a trabajar
 (I do not expect to return to work)

<p>Aceptación Por este medio certifico que las respuestas que he dado a las preguntas precedentes son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Declaro que he leído el aviso sobre fraudes que se presenta en la página 9 de este formulario.</p>	<p>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 fraud notice on page 9 of this form.</p>
---	--

Firma (Signature)	N.º de teléfono (Phone No.)	Fecha (Date)
----------------------	--------------------------------	-----------------

El paciente es responsable de llenar este formulario sin cargo para Standard Insurance Company. (The patient is responsible for the completion of this form without expense to Standard Insurance Company.)

Part B. To Be Completed By Physician (Parte B. Debe llenarla el médico)

<p>DEAR DOCTOR: <i>The purpose of this form is to help us determine whether the clinical condition of your patient is disabling. We need to document 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.</i></p>	<p>ESTIMADO DOCTOR: <i>El propósito de este formulario es ayudarnos a determinar si el estado clínico de este paciente es incapacitante. Es necesario que documentemos disfunción funcional. 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 archivo e informes narrativos.</i></p>
---	---

1. Primary Diagnosis (Diagnóstico principal) (_____) _____
ICD Code (Código de CIE) Major source of impairment (Causa principal de la insuficiencia)

Secondary Diagnosis (Diagnóstico secundario) (_____) _____
ICD Code (Código de CIE) Diagnosis not contributing to this impairment (Diagnóstico que no es causa de esta insuficiencia)

1a. Date you recommended patient stop working _____
 (Fecha en la que usted recomendó al paciente que dejara de trabajar)

2. Describe the symptoms and how the above diagnoses affect this individual's ability to work in at least a sedentary level work environment.
 (Describe los síntomas y explique por qué los diagnósticos recién mencionados reducen la capacidad de este individuo de trabajar aunque solo sea en un ambiente laboral de nivel sedentario.)

2a. When did symptoms first appear? _____
 (¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?)

Based upon objective findings, please indicate below the amount of activity this individual can tolerate in a work day, for any employer. Indicate the functional capacities of this individual given two breaks, positional changes, and meal break(s).

(Con base en hallazgos objetivos, indique a continuación la cantidad de actividad que esta persona puede tolerar en un día de trabajo, para cualquier empleador. Indique las capacidades funcionales de esta persona si se le dan dos descansos, cambios de posición y uno o más descansos para comer.)

3. Person can: (La persona puede:)	1 Hr.	2 Hrs.	3 Hrs.	4 Hrs.	5 Hrs.	6 Hrs.	7 Hrs.	8 Hrs.	9 Hrs.	10 Hrs.	11 Hrs.	12 Hrs.	NOT AT ALL (EN ABSOLUTO)	Total Wrk. Day Hrs. (No. total horas de trabajo al día)	Duration of Restriction (Duración de la restricción)		
															PERM. (PERM.)	TEMP. (TEMP.)	DURATION (DURACIÓN)
a. Sit (Sentarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Stand (Pararse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Walk (Caminar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Drive (Conducir un auto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4. What assistive devices are currently in use? _____
 (¿Qué dispositivos auxiliares se están usando?)

5. Dominant Hand: Right _____ Left _____ Height _____ Weight _____
 (Mano dominante:) (Derecha) (Izquierda) (Estatura) (Peso)

6. NOTE: In terms of a work day – "OCCASIONALLY" = 1%-33%; "FREQUENTLY" = 34%-66%; "CONTINUOUSLY" = 67%-100%
 (AVISO: En términos de un día de trabajo, "OCASIONALMENTE" = 1%-33%; "FRECUENTEMENTE" = 34%-66%; "CONTINUAMENTE" = 67%-100%)

Individual Can (La persona puede)	OCCASIONALLY (OCASIONALMENTE)			FREQUENTLY (FRECUENTEMENTE)			CONTINUOUSLY (CONTINUAMENTE)		
	Lift (Levantar)	Carry (Cargar)	Push/Pull (Empujar y jalar)	Lift (Levantar)	Carry (Cargar)	Push/Pull (Empujar y jalar)	Lift (Levantar)	Carry (Cargar)	Push/Pull (Empujar y jalar)
1-10 lbs.									
11-20 lbs.									
21-50 lbs.									
51-75 lbs.									
76-100 lbs.									
Handling (Manejar)	Simple Grasping (Asimiento simple)		Fine Manipulation (Manipulación fina)	Pushing and Pulling (Empujar y jalar)			Hand Use (Uso de mano)		Power Grasp (Agarrar con fuerza)
Right (Derecha)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Left (Izquierda)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

	NEVER (NUNCA)	OCCASIONALLY (OCASIONALMENTE)	FREQUENTLY (FRECUENTEMENTE)	CONTINUOUSLY (CONTINUAMENTE)
Bend / Twist at Waist (Doblarse / Girarse por la cintura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bend / Twist at Neck (Doblarse / Girarse por el cuello)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Squat (Agacharse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crawl (Arrastrarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Climb (Tregar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balance (Equilibrarse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reach (Below Shoulder) (Estirarse (por debajo de los hombros))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reach (Above Shoulder) (Estirarse (por encima de los hombros))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer Keyboarding (Teclar con una computadora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouse Usage (Uso de ratón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVITY RESTRICTIONS INVOLVING: (RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES RESPECTO A:)	TOTAL (TOTAL)	MODERATE (MODERADA)	MILD (LIGERA)	NO RESTRICTION (SIN RESTRICCIÓN)
Fixed / Moving Machinery (Maquinaria fija / en movimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cold Climate (Clima frío)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hot Climate (Clima cálido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wet / Humid (Condiciones de mojado / húmedo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noise (Ruidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dust / Fumes (Polvo / Gases)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Use of Powered Equipment (Uso de equipamiento electrificado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibration (Vibraciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Are there any limitations on the patient's visual acuity? _____
 (¿Hay limitaciones en la agudeza visual del paciente?)

Specifically: best corrected vision - right eye _____ left eye _____
 (Específicamente: mejor visión corregida - ojo derecho) (ojo izquierdo)

	Restriction Exists (Existe restricción)	No Restriction (Sin restricción)
Near Vision (Visión de cerca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far Vision (Visión de lejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Color Vision (Visión de color)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depth Perception (Percepción de profundidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hearing (Audición)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments (Comentarios) _____

**7. CARDIAC (If applicable) Functional and Therapeutic classification according to the New York Heart Association.
 (Factor CARDIACO (si es pertinente) Clasificación funcional y terapéutica de acuerdo a la Asociación de Cardiología de Nueva York
 (New York Heart Association.))**

Functional Capacity _____
 (Capacidad funcional)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Class 1 (No limitation)
(Clase 1 (sin limitación)) | <input type="checkbox"/> Class 2 (Slight limitation)
(Clase 2 (limitación leve)) |
| <input type="checkbox"/> Class 3 (Marked limitation)
(Clase 3 (limitación considerable)) | <input type="checkbox"/> Class 4 (Complete limitation)
(Clase 4 (limitación completa)) |

Blood Pressure (*last visit*): SYSTOLIC _____ DIASTOLIC _____ PULSE _____
 (Presión sanguínea (*última visita*)) (SISTÓLICA) (DIASTÓLICA) (PULSO)

Please base this assessment on your most recent examination. *Please circle one in each classification.*
 (Por favor base esta evaluación en el examen más reciente que le haya practicado. *Encierre en un círculo una opción de cada clasificación.*)

**CLASSIFICATION OF THE SEVERITY OF HEART DISEASE
 (CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA CARDIOPATÍA)**

**A. Functional Classification (Based on the patient's symptoms during various grades of activity.)
 (Clasificación funcional (basada en los síntomas del paciente en varios grados de actividad))**

- Class I (Class I) Patients with cardiac disease but with no limitation of physical activity. Ordinary activity causes no undue dyspnea, anginal pain, fatigue or palpitation.
 (Pacientes con enfermedad cardiaca pero sin limitaciones en la actividad física. La actividad común no produce disnea, dolor de angina, fatiga ni palpitaciones.)
- Class II (Class II) Patients with cardiac disease and with slight limitation of physical activity. They are comfortable with mild exertion but experience symptoms with the more strenuous grades of ordinary activity.
 (Pacientes con enfermedad cardiaca con una ligera limitación en la actividad física. Se sienten cómodos con un esfuerzo ligero pero experimentan síntomas con grados más extenuantes de actividad ordinaria.)
- Class III (Class III) Patients with cardiac disease and with marked limitation of physical activity. They are comfortable at rest, but experience symptoms with the milder forms of ordinary activity.
 (Pacientes con enfermedad cardiaca y con una marcada limitación en la actividad física. Se sienten cómodos en reposo, pero experimentan síntomas con formas ligeras de actividades ordinarias.)
- Class IV (Class IV) Patients with cardiac disease and with inability to carry on any physical activity without discomfort. Symptoms of cardiac insufficiency or angina pectoris may be present, even at rest, and are intensified by activity.
 (Pacientes con enfermedad cardiaca y con incapacidad de realizar cualquier actividad física sin sufrir incomodidad. Puede haber síntomas de insuficiencia cardiaca o de angina de pecho, aun en reposo, y se intensifican con la actividad.)

**B. Therapeutic Classification (Based on the physician's prescription of activity for the patient.)
 (Clasificación terapéutica (basada en la actividad recetada al paciente por el médico))**

- Class A (Class A) Patients with cardiac disease whose physical activity need not be restricted.
 (Pacientes con enfermedad cardiaca cuya actividad física no necesita restringirse.)
- Class B (Class B) Patients with cardiac disease whose ordinary physical activity need not be restricted but who should be advised against severe or competitive efforts.
 (Pacientes con enfermedad cardiaca cuya actividad física ordinaria no necesita restringirse pero a los que se les aconseja evitar esfuerzos fuertes o competitivos.)
- Class C (Class C) Patients with cardiac disease whose ordinary physical activity should be moderately restricted and whose more strenuous efforts should be discontinued.
 (Pacientes con enfermedad cardiaca cuya actividad física ordinaria debe restringirse en forma moderada y que deben descontinuar esfuerzos extenuantes.)
- Class D (Class D) Patients with cardiac disease whose ordinary physical activity should be markedly restricted.
 (Pacientes con enfermedad cardiaca cuya actividad física debe restringirse marcadamente.)
- Class E (Class E) Patients with cardiac disease who should be at complete rest.
 (Pacientes con enfermedad cardiaca que deben guardar reposo absoluto.)

**8. Current medication(s) (Include dosage and frequency)
 (Medicamentos actuales (Indique dosis y frecuencia))**

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____
- f. _____

9. Current treatment and/or therapy (Tratamiento o terapia actual) _____

10. Hospitalizations: Date _____ Reason _____
 (Hospitalizaciones) (Fecha) (Motivo)

Date _____ Reason _____
 (Fecha) (Motivo)

11. Surgery: Date and Procedure _____
 (Cirugía) (Fecha y procedimiento)

Anticipated Surgery: Date and Procedure _____
 (Cirugía prevista) (Fecha y procedimiento)

11a. Have you made any referrals? Sí No *If so, who?*
 (¿Ha remitido al paciente a otro médico?) (Si es así, ¿a quién?)

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

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

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

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

12. Date first seen _____ Date last seen _____ Date of next visit _____
 (Fecha de la primera consulta) (Fecha de la última consulta) (Fecha de la próxima consulta)

13. Assessment and treatment are complicated by:
 (La evaluación y el tratamiento se complican por)

Significant emotional or behavioral disorder such as: Depression Anxiety Somatization Malingering *Please check all that apply.*
 (Trastorno emocional o conductual considerable, como) (Depresión) (Ansiedad) (Somatización) (Fingimiento de enfermedad) (Por favor marque todas las casillas que correspondan.)

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 *Specify* _____
 (Drogodependencia o farmacodependencia) (Especifique)

Other *Please describe* _____
 (Otro) (Por favor describa)

14. Competency
 (Competencia (aptitud))

Is the patient competent to manage insurance benefits? Sí No
 (¿El paciente es competente para administrar subsidios de seguro?)

If no, is the patient competent to appoint someone to help manage the insurance benefits? Sí No
 (Si no lo cree, ¿el paciente es competente para pedirle a alguien que le ayude a administrar sus subsidios de seguro?)

15. Prognosis (Pronóstico)
 Do you expect the individual's condition to: Improve Regress Remain the same
 (Diga si usted espera que el estado de esta persona) (Mejore) (Empeore) (Siga igual)

When do you anticipate change will occur? _____
 (¿Cuándo prevé que ocurrirá el cambio?)

16. Anticipated return to some type of work date _____ Full-Time Restrictions/Duration? _____
 (Fecha prevista para regresar a algún tipo de trabajo) (De tiempo completo) (¿Restricciones? ¿Duración?)

Part-Time Restrictions/Duration? _____
 (De tiempo medio) (¿Restricciones? ¿Duración?)

17. Comments (Comentarios) _____

<p>Acknowledgement <i>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 9 of this form.</i></p>		<p>Aceptación <i>Por este medio certifico que las respuestas que he dado a las preguntas precedentes son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Declaro que he leído el aviso sobre fraudes que se presenta en la página 9 de este formulario.</i></p>	
Physician's Signature (Firma del médico)		Date (Fecha)	
Physician's Name (please print) (Nombre del médico (por favor escriba con letra de molde))		Specialty (Especialidad)	
Address (Dirección (número y calle))	City (Ciudad)	State (Estado)	ZIP (Código postal)
Phone No. (N.º de teléfono)		Taxpayer ID No. (N.º de identificación de contribuyente del médico)	

**When both parts A and B have been completed, return to the address indicated above.
 (Cuando haya llenado las partes A y B, devuelva este formulario a la dirección que aparece arriba.)**

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida estará cometiendo un delito y se hará acreedora a multas y confinamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación del seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcionen a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto a un arreglo u otorgamiento pagaderos de las ganancias del seguro, deberán ser reportados al Departamento de seguros de Colorado, dentro de la División de agencias reguladoras.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa se hará objeto de sanciones penales y civiles.

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

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

CALIFORNIA RESIDENTS

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

COLORADO RESIDENTS

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

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

FLORIDA RESIDENTS

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

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

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también se hará objeto de una sanción civil que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENSILVANIA

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual referido aquí, estará cometiendo un acto fraudulento de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tales actos pueden clasificarse como delitos graves y al autor se le pueden imponer multas cuantiosas.

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.

Empleado (Employee)

Nombre del empleado _____
(Name of Employee)

Dirección (número y calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 (Street Address) (City) (State) (ZIP)

Título del puesto _____
 (Job Title)

N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____
 (Social Security No.) (Date of Birth)

Información sobre la situación laboral (Work Status Information)

Estado laboral del empleado en la fecha en que empezó la incapacidad _____ Fecha de vigencia del seguro del empleado _____
 (Employee's employment status on date disability commenced) (Employee's insurance effective date)

¿Estaba el empleado presente en el trabajo el día antes de que empezara la incapacidad? Sí No Si respondió sí, por favor anote el número de horas trabajadas por semana _____ y el último día de trabajo antes de que empezara la incapacidad. _____
 (Was employee actively at work the day before disability commenced? If yes, please list the number of hours worked per week and the last day of work before disability commenced.)

¿Se modificó su trabajo o se redujeron sus horas debido a enfermedad o lesión antes del último día de trabajo? Sí No
 (Has job been modified or hours reduced due to illness or injury prior to last day of work?)

¿El empleado fue despedido? Sí No Si respondió sí, por favor escriba la fecha del último día de trabajo _____
 (Is employee terminated?) (If yes, please list the effective date of termination)

*Aviso: Si es sí, favor de dejar de pagar la prima para este empleado.
 (Note: If yes, please stop premium payments for this employee.)*

Motivo de la conclusión del trabajo _____
 (Reason for Termination)

Si ya no se estaban pagando las primas, por favor diga hasta qué fecha quedaron pagadas. _____
 (If premiums have already been terminated, please provide date premiums have been paid through)

Fecha de contratación o membresía en la asociación (*sindicato u otro*) _____ Nombre del sindicato si lo hubiera _____
 (Date of employment or association membership (*union or other*)) (Name of union if applicable)

Persona con quien comunicarse _____
 (Contact Person)

Otra información (Other Information)

**A. Aseguradora
 (Carrier)**

¿Tiene el empleado alguno de los tipos de seguro mencionados a continuación con Standard Insurance Company o con otra aseguradora?
 (Does employee have any of the following insurance with Standard Insurance Company or with another carrier?)

Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability)	The Standard (The Standard)	Otra aseguradora (Other Carrier)	Solicitó (Applied)	Está recibiendo (Receiving)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si The Standard es su aseguradora, por favor escriba el número de grupo _____ Si la póliza o su Declaración de cobertura hecha por el empleador tiene números de clase, por favor anote el número de clase del empleado _____
 (If The Standard is the carrier, please list the group number. If the policy or your employer's statement of coverage has class numbers, please provide the employee's class number)

Si hay otra aseguradora además de The Standard, por favor conteste lo siguiente.
 (If there is a carrier other than The Standard, please complete the following.)

Nombre _____ Dirección (número y calle) _____
 (Name) (Address)
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____ FAX (_____) _____
 (City) (State) (ZIP) (Phone) (FAX)

Incapacidad de Corto Plazo (Short Term Disability)	The Standard (The Standard)	Otra aseguradora (Other Carrier)	Solicitó (Applied)	Está recibiendo (Receiving)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si The Standard es su aseguradora, por favor escriba el número de grupo _____ Si la póliza o su Declaración de cobertura hecha por el empleador tiene números de clase, por favor anote el número de clase del empleado _____
 (If The Standard is the carrier, please list the group number. If the policy or your employer's statement of coverage has class numbers, please provide the employee's class number)

Si hay otra aseguradora además de The Standard, por favor conteste lo siguiente.
 (If there is a carrier other than The Standard, please complete the following.)

Nombre _____ Dirección (número y calle) _____
 (Name) (Address)
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____ FAX (_____) _____
 (City) (State) (ZIP) (Phone) (FAX)

Seguro de Vida (Life Insurance)	The Standard (The Standard)	Otra aseguradora (Other Carrier)	Solicitó (Applied)	Está recibiendo (Receiving)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si The Standard es su aseguradora, por favor escriba el número de grupo _____ Si la póliza o su Declaración de cobertura hecha por el empleador tiene números de clase, por favor anote el número de clase del empleado _____
 (If The Standard is the carrier, please list the group number. If the policy or your employer's statement of coverage has class numbers, please provide the employee's class number)

Si hay otra aseguradora además de The Standard, por favor conteste lo siguiente.
 (If there is a carrier other than The Standard, please complete the following.)

Nombre _____ Dirección (número y calle) _____
 (Name) (Address)
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____ FAX (_____) _____
 (City) (State) (ZIP) (Phone) (FAX)

B. Compensación para los Trabajadores Aseguradora: ¿La ha solicitado el empleado? Sí No

¿La está recibiendo el empleado? Sí No Si respondió sí, por favor conteste lo siguiente.

(Workers' Compensation Carrier: Has employee applied? Is employee receiving? If yes, please complete the following.)

Nombre _____ Dirección (número y calle) _____
 (Name) (Address)
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____ FAX (_____) _____
 (City) (State) (ZIP) (Phone) (FAX)

Persona con quien comunicarse (Contact person) _____

C. Beneficios del seguro social: ¿El empleado ha solicitado beneficios? Sí No ¿El empleado está recibiendo beneficios? Sí No
(Social Security Benefits: Has employee applied for benefits? Is employee receiving benefits?)

Standard Insurance Company

The Standard Claims Processing
PO Box 421 Bedminster NJ 07921 800.368.1135 Tel 908.325.0362 Fax

Exención de prima
Declaración del empleador
(Waiver of Premium
Employer's Statement)

Cantidad de Seguro de Vida Básico con The Standard \$ _____
(Amount of Basic 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)

¿El empleado tiene seguro de vida con The Standard en más de una póliza? Sí No
(Does employee have Life Insurance with The Standard under more than one policy?)

Si respondió sí, dé nombre y número de póliza _____
(If yes, policy name and number)

Cantidad de Seguro de Vida Básico \$ _____ Cantidad de Seguro de Vida Extra \$ _____
(Amount of Basic Life) (Amount of Additional Life)

¿El empleado tiene Seguro de Vida para dependientes en la póliza colectiva de usted? Sí No
(Does employee have life insurance for dependents under your group policy?)

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

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

Ingresos (Earnings)

*Por favor marque la casilla que corresponda y escriba la cantidad del salario en la fecha del último día de trabajo del empleado.
(Please check appropriate box and fill in the amount of salary as of employee's last day of work.)*

Ingresos mensuales básicos Tasa mensual \$ _____
(Basic Monthly Earnings) (Monthly Rate)

Ingresos anuales básicos Tasa anual \$ _____
(Basic Yearly Earnings) (Annual Rate)

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

Ingresos semanales básicos Tasa semanal \$ _____
(Basic Weekly Earnings) (Weekly Rate)

Ingresos por hora básicos Tasa por hora \$ _____
(Basic Hourly Earnings) (Hourly Rate)

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

Fecha del último aumento _____
(Date of last increase)

Ingresos antes del aumento _____ por _____
(Earnings prior to increase) (per)

Si la fecha de vigencia del aumento del seguro es distinta de la fecha del último aumento, por favor escriba la fecha de vigencia del aumento _____
(If effective date of increase in insurance is different from date of last increase, please give effective date of increase)

Aviso importante (Important Notice)

Anexos (Attachments)

*Por favor anexe lo siguiente:
 (Please attach the following)*

- a. **La tarjeta de inscripción original** y todas las coberturas o selecciones posteriores
 (Original Enrollment card and all subsequent coverage selections or changes)
- b. **Designaciones de beneficiarios originales** y cambios posteriores
 (Original Beneficiary designations and subsequent changes)
- c. Copia de la descripción del puesto
 (Copy of Job Description)
- d. Copia de la solicitud de empleo, o curriculum vitae o resúme
 (Copy of Employment Application or Resume)
- e. Sucesos de cambio del estado familiar
 (Family status change events)

**Representante del empleador que llena este formulario (Por favor escriba con letra de molde o a máquina)
 (Employer Representative Completing This Form (Please Print or Type))**

Empleador _____ Representante _____
 (Employer) (Representative)

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

N.º de póliza colectiva: _____ N.º de teléfono (_____) _____ N.º de fax (_____) _____
 (Policy No.) (Phone No.) (Fax No.)

Aceptación

Por este medio certifico que las respuestas que he dado a las preguntas precedentes son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Declaro que he leído el aviso sobre fraudes que se presenta en la página 29 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 fraud notice on page 29 of this form.

Firma _____ Fecha _____
 (Signature) (Date)

Título _____
 (Title)

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida estará cometiendo un delito y se hará acreedora a multas y confinamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación del seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcionen a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto a un arreglo u otorgamiento pagaderos de las ganancias del seguro, deberán ser reportados al Departamento de seguros de Colorado, dentro de la División de agencias reguladoras.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa se hará objeto de sanciones penales y civiles.

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

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

CALIFORNIA RESIDENTS

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

COLORADO RESIDENTS

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

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

FLORIDA RESIDENTS

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

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

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también se hará objeto de una sanción civil que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual referido aquí, estará cometiendo un acto fraudulento de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tales actos pueden clasificarse como delitos graves y al autor se le pueden imponer multas cuantiosas.

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.