

## Reclamación de su subsidio por incapacidad

Este paquete contiene los formularios necesarios para solicitar los subsidios del Seguro por Incapacidad de Largo Plazo. Debe llenar todos los espacios en blanco de estos formularios para evitar retrasos en el trámite de su solicitud. Si una sección no es pertinente o si la información no está disponible, por favor, escriba “NP” en el espacio proporcionado para indicarnos que usted no pasó por alto esa pregunta. **Si recibimos un formulario incompleto, es posible que se lo devolvamos para que lo termine de llenar.**

### Cómo presentar la solicitud de subsidios

La solicitud de subsidios del Seguro por Incapacidad de Largo Plazo incluye los formularios de reclamación y una Autorización.

#### 1. Declaración del empleado

- Responda cada pregunta completamente. Asegúrese de utilizar la sección adecuada para las lesiones, la enfermedad o el embarazo. Si una pregunta no se aplica a usted, escriba “NP”.
- Si es necesario, utilice una hoja adicional para dar respuestas completas.
- Adjunte copias de todas las decisiones del Seguro Social, del Sistema de Jubilación de Empleados Públicos, Compensación para los trabajadores u otros subsidios que haya recibido. Si ha solicitado algún otro subsidio, pero aún no lo ha recibido, envíe una copia del recibo de la solicitud. Esta información es necesaria para calcular con exactitud sus subsidios mensuales. En caso de que no pueda sacar copias de estos documentos, por favor envíe los originales. Los fotocopiamos y se los enviaremos de vuelta lo antes posible.
- Recuerde firmar y fechar su declaración. **Si usted no firma y fecha la declaración, se la devolveremos.**

#### 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 adjúntela a la Declaración del empleado.

## Your Disability Benefit Claim

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

### How To Apply For Benefits

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

#### 1. The Employee’s Statement

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

#### 2. The Authorization to Obtain and Release Information

##### The Authorization to Obtain and Release Psychotherapy Notes

- Please sign and date the Authorization to Obtain and Release Information and attach it to the Employee’s Statement.

Su firma le permite a Standard Insurance Company o a su agente, The Standard Benefit Administrators, obtener los datos acerca de usted que necesitamos para definir su derecho de participación para recibir los subsidios. La Autorización para obtener y divulgar información también autoriza a Standard Insurance Company o a su agente, The Standard Benefit Administrators, divulgar esta información a personas específicas.

Si ha consultado o ha sido atendido por un psiquiatra, psicoterapeuta, psicólogo, trabajador social clínico con maestría en trabajo social (Master of Social Work, (MSW, por sus siglas en inglés)), o un trabajador social clínico con licencia (Master of Clinical Social Work (MCSW, por sus siglas en inglés)) o cualquier otro proveedor de tratamiento para una enfermedad mental, por favor, firme y envíe la Autorización para obtener y divulgar información y la Autorización para obtener y divulgar notas de psicoterapia.

**Si lo solicita, usted recibirá copias de estas Autorizaciones.**

### 3. Declaración del médico tratante

- Usted debe llenar la **Parte A**.
- Su médico debe llenar la **Parte B**. **Si usted consultó a más de un médico sobre su incapacidad, se debe completar una declaración por cada médico.** Puede solicitar formularios adicionales a su empleador. Su(s) médico(s) deberá(n) enviar el formulario lleno directamente a The Standard Benefit Administrators.

### 4. Declaración del empleador

- Este formulario debe ser llenado por su empleador, él se lo enviará por correo a The Standard Benefit Administrators.

**Es su responsabilidad asegurarse de que todos los formularios necesarios se llenen y se envíen a nuestra oficina.** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su administrador de beneficios o llame a nuestro teléfono de servicio al cliente al 800.426.4332.

Your signature lets Standard Insurance Company or its agent, The Standard Benefit Administrators, get the information about you that we need to determine your eligibility for benefits. The Authorization to Obtain and Release Information also lets Standard Insurance Company or its agent, The Standard Benefit Administrators, release this information to specific persons.

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

**You will receive copies of these Authorizations upon your request.**

### 3. The Attending Physician's Statement

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

### 4. The Employer's Statement

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

**You are responsible for making sure all required forms are completed and returned to our office.** If you have any questions, please contact your benefit administrator or call our customer service line at 800.426.4332.

*Por favor, escriba a máquina o con letra de molde. Si deja preguntas sin contestar, el formulario le será devuelto.*  
*(Please type or print. Form may be returned for unanswered questions.)*

**1. Reclamante (Claimant)**

Nombre completo _____ (Full Name)		N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	
Dirección _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono ( _____ ) _____ (Phone No.)		Correo electrónico _____ (Email)	
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	Sexo _____ (Gender)	Estatura _____ (Height)	Peso _____ (Weight)
Nombre del cónyuge _____ (Name of Spouse)		Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	
Número de hijos dependientes _____ (No. of Dependent Children)	Fecha de nacimiento del hijo menor _____ (Birthdate of Youngest)	Idioma preferido _____ (Preferred language)	
¿Recibió un Certificado del seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibió un folleto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<i>Si no recibió un Certificado del seguro o un folleto, comuníquese con su empleador para obtener una copia.</i> <i>(If you did not receive a Certificate of Insurance or Brochure, please contact your employer to obtain a copy.)</i>			

**2. Empleo (Employment)**

Nombre del empleador _____ (Name of Employer)		N.º de Póliza colectiva _____ (Group Policy No.)	
Dirección _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono ( _____ ) _____ (Phone No.)			
Indique su puesto y describa sus funciones en el trabajo. (State your job title and describe your duties at work.)			
¿Su incapacidad está relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is your disability work-related?)		Fecha en que ocurrió la lesión _____ (Date of Injury)	
¿Presentó una reclamación por Compensación para los trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Have you filed a Workers' Compensation claim?)		Si la respuesta es sí, indique el número de reclamación por Compensación para los Trabajadores (Workers' Compensation (W.C., por sus siglas en inglés)) _____ (If yes, W.C. claim number)	
Último día completo de trabajo _____ (Last full day at work)			
Fecha en la que quedó incapacitado para trabajar en su propia profesión como resultado de una incapacidad _____ (Date you became unable to work at your occupation as a result of disability)			
¿Trabaja ahora o ha trabajado en su profesión o en cualquier otra profesión desde la fecha en que ocurrió su lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you now working at, or have you worked at, your occupation or any other occupation since the date of your injury?)			
Si la respuesta es sí, indique los nombres de los empleadores, las direcciones, los números de teléfono y las fechas de empleo. (If yes, list names of employers, addresses, telephone numbers, and dates of employment.)			
¿Es usted un autoempleado en cualquier actividad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you self-employed at any activity?)			
Fecha en la que volvió a trabajar a medio tiempo _____ (Date you resumed part-time work)		Teléfono del trabajo ( _____ ) _____ (Work Phone)	Extensión _____ (Extension)
Fecha en la que volvió a trabajar a tiempo completo _____ (Date you resumed full-time work)		Teléfono del trabajo ( _____ ) _____ (Work Phone)	Extensión _____ (Extension)

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

**3. Enfermedad (Sickness)** *Enumere todas las enfermedades que contribuyen a que no pueda trabajar en su profesión.  
(Please list all illnesses which contribute to your being unable to work at your occupation.)*

Enfermedad _____ (Illness)	Fecha en que notó por primera vez la enfermedad _____ (Date First Noticed)
Enfermedad _____ (Illness)	Fecha en que notó por primera vez la enfermedad _____ (Date First Noticed)
Indique lo que cree que causó su enfermedad. (State what you believe caused your illness.)	
Describa sus síntomas _____ (Describe your symptoms)	
¿Alguna vez padeció de esta misma afección o una enfermedad relacionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Have you ever had the same condition or a related illness before?)	
	Fecha _____ (Date)

**4. Lesión (Injury)**

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

**5. Embarazo (Pregnancy)**

Fecha en la que espera dejar de trabajar _____ (Date you expect to cease work)	Fecha prevista del parto _____ (Expected delivery date)	Fecha real del parto _____ (Actual delivery date)
Tipo de parto _____ (Type of delivery)	Fecha prevista de regreso al trabajo _____ (Expected return to work date)	
Por favor, indique cualquier complicación que pueda surgir. (Please indicate any foreseeable complications.)		

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

**6. Médico tratante (Attending Physician) Enumere a todos los médicos que haya consultado por esta lesión o enfermedad. Si necesita más espacio, utilice una hoja por separado. (List all physicians consulted for this injury or illness. Use separate sheet, if needed.)**

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

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

Nombre del hospital (Hospital Name)	Dirección (Address)
Del _____ Al _____ (From) (Through)	Motivo de la hospitalización (Reason for Hospitalization)
Del _____ Al _____ (From) (Through)	Motivo de la hospitalización (Reason for Hospitalization)

**8. Historial médico (History) Enumere todas las enfermedades o lesiones por las que ha recibido tratamiento en los últimos cinco años. Si necesita más espacio, utilice una hoja por separado. (List all illnesses or injuries for which you have received treatment over the past five years. Use separate sheet if needed.)**

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

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

The Standard Benefit Administrators

800.426.4332 Tel 800.378.8361 Fax  
PO Box 5031 White Plains NY 10602

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

**9. Ingresos deducibles/beneficios de otras fuentes**

Su Plan colectivo por incapacidad está diseñado para que los ingresos que reciba de Standard Insurance Company y de otras fuentes (por ejemplo, Seguro Social, Compensación para los trabajadores, sistema de jubilación, y otros ingresos o subsidios descritos en su Póliza colectiva como ingresos deducibles o subsidios) combinados le proporcionen un porcentaje de ingresos antes de la incapacidad, tal y como se define en su Póliza colectiva. Por favor, revise su Póliza colectiva para determinar cómo la recepción de ingresos deducibles o subsidios, o el derecho a recibirlos, puede afectar a sus subsidios por incapacidad. Por favor, revise su obligación de mantener informada a Standard Insurance Company de su solicitud y recepción de ingresos deducibles o subsidios. Además, su Póliza colectiva puede permitir que Standard Insurance Company reduzca su subsidio por incapacidad en función de los ingresos deducibles estimados o de los subsidios que tenga derecho a recibir, aunque no los haya solicitado. Si su Póliza colectiva establece que los subsidios del Seguro Social se “considerarán pagaderos” aunque no se reciban, deduciremos de su subsidio por incapacidad un subsidio estimado del Seguro Social para usted y sus dependientes, basado en su registro de salarios del Seguro Social. También debe comprender que cuando se conceden ingresos deducibles o subsidios, usted puede recibir una concesión retroactiva (fecha anterior) y un pago. Este pago retroactivo puede resultar en un sobrepago de sus subsidios por incapacidad ya que usted recibiría ingresos deducibles o subsidios por un periodo durante el cual ya ha recibido subsidios por incapacidad de Standard Insurance Company.

**9. Deductible Income/Benefits From Other Sources**

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

Ha solicitado o está recibiendo subsidios de: (Have you applied for or are you receiving benefits from)	Solicitado (Applied)		Recibiendo (Receiving)		Fecha de la solicitud (Date Applied For)	Cantidad recibida (Amount Received)		Fecha de entrada en vigencia (Effective Date)
	Sí	No	Sí	No		Semanalmente (Weekly)	Mensualmente (Monthly)	
a. Seguro Social (Social Security)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. Compensación para los trabajadores (Workers' Compensation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. Seguro por Incapacidad por parte del Estado (State Disability Insurance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d. Jubilación o pensión (Por parte del empleador, PERS, STRS, PERA, etc.) (Retirement or Pension (Employer, PERS, STRS, PERA, etc.)) <i>Por favor, especifique _____</i> (Please specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
e. Otro _____ (Other) (por ejemplo, beneficios de desempleo o sindicales, etc.) (e.g., unemployment or union benefits, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

*Envíe copias de las cartas o avisos de aprobación o denegación de los subsidios. (Please send copies of any letters or notices approving or denying benefits.)*

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

The Standard Benefit Administrators

800.426.4332 Tel 800.378.8361 Fax  
PO Box 5031 White Plains NY 10602

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

**10. Vocacional (Vocational) Llene lo siguiente y/o adjunte un currículum. (Complete the following and/or attach a resume.)**

Nivel de educación (Education level)	Sí	No	Si la respuesta es no, indique el último grado que cursó. (If no, last grade attended.)	
Graduado de la escuela primaria (Grade School Graduate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Graduado de la secundaria (High School Graduate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Examen de Desarrollo Educativo General (General Education Development (GED, por sus siglas en inglés)) (GED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Graduado de la universidad (College Graduate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Título (Degree)	Especialización (Major)
Posgrado (Post Graduate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Título (Degree)	Especialización (Major)
¿Ha asistido a alguna escuela de oficios o ha recibido otra formación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, describa. (Have you attended any trade schools or received other special training?) (If yes, please describe.)				

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

Puesto y empleador (Job Title & Employer)	Fechas de empleo (Dates of Employment)	Funciones (Duties)	Último salario (Last Salary)
1.	Del (From): Al (To)		
2.	Del (From): Al (To)		
3.	Del (From): Al (To)		
4.	Del (From): Al (To)		
5.	Del (From): Al (To)		

**11. Aviso**

**11. Acknowledgement**

Por este medio certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Reconozco que he leído el aviso de fraude correspondiente que se encuentra en la página 8 de este formulario.

I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the applicable fraud notice on page 8 of this form.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Signature) (Date)

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información:

**RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND**

Cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**RESIDENTES DE CALIFORNIA**

Para su seguridad, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en la prisión estatal.

**RESIDENTES DE COLORADO**

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro, será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

**RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA**

**ADVERTENCIA:** es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las penalizaciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporciona información falsa relacionada con una reclamación.

**RESIDENTES DE FLORIDA**

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

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.



**RESIDENTES DE NEW JERSEY**

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación con información falsa o engañosa queda sujeta a penalizaciones criminales y civiles.

**RESIDENTES DE NEW 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 estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

**RESIDENTES DE PENNSYLVANIA**

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.

**EL RESTO DE RESIDENTES**

Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.

**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.

**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)

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Group Policy Number)

**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 médica o relacionada con servicios médicos.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros o de anualidades.
- Cualquier empleador, titular de la póliza o patrocinador del 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 educativo, vocacional o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de información al consumidor, institución financiera, contador o perito fiscal.
- Cualquier organismo del gobierno (*por ejemplo, Administración del Seguro Social, Sistema Público de Jubilación, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, Consejo de Compensación para los Trabajadores, etc.*).

### PARA BRINDAR ESTA INFORMACIÓN:

- Registros médicos, notas, radiografías, informes operatorios, registros de laboratorio y de medicamentos, y toda otra información médica acerca de mí, incluyendo mis antecedentes médicos, diagnósticos, exámenes y los resultados correspondientes. Pronóstico y tratamiento de cualquier afección física o mental, incluyendo:
  - Cualquier trastorno del sistema inmunológico, como el VIH, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cualquier otro síndrome o complejo relacionado.
  - Cualquier enfermedad o trastorno contagioso.
  - Cualquier afección psiquiátrica o psicológica, incluyendo los resultados de las pruebas, pero excluyendo las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia no incluyen el resumen del diagnóstico, el estado funcional, el plan de tratamiento, los síntomas, el pronóstico y el progreso hasta la fecha.
  - Cualquier afección, tratamiento o terapia relacionados con abuso de sustancias, incluyendo el alcohol y las drogas.

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, cantidades de subsidios, pagos, condiciones de arreglos,

**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.

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

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Group Policy Number)

fechas de vigencia y 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”).**

**TO STANDARD INSURANCE COMPANY, THE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, THE STANDARD BENEFIT ADMINISTRATORS AND THEIR AUTHORIZED REPRESENTATIVES (referred to as “The Companies”, individually and collectively), AND MY EMPLOYER’S ABSENCE MANAGEMENT PROGRAM ADMINISTRATOR (“Absence Manager”).**

- Declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a comunicar y divulgar 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 recibir los beneficios o la licencia de ausencia.
- 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, excepto en la medida en que la autorización ya se haya utilizado 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 mi(s) reclamación(es) y podría ser causa de que se rechace o cierre mi(s) reclamación(es) de beneficios 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 del plan, a un patrocinador del 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 discusiones de las adaptaciones, y cuando realicen actividades 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

- I acknowledge that any agreements I have made to restrict my protected health information do not apply to this authorization and I instruct the persons and organizations identified above to release and disclose my entire medical record without restriction.
- I understand that each of The Companies and Absence Manager will gather my information only if they are administering or deciding my disability or leave of absence claim(s), and will use the information to determine my eligibility or entitlement for benefits or leave of absence.
- I understand that I have the right to refuse to sign this authorization and a right to revoke this authorization at any time by sending a written statement to The Companies and Absence Manager, except to the extent the authorization has been relied upon to disclose requested records. A revocation of the authorization, or the failure to sign the authorization, may impair The Companies and Absence Manager’s ability to evaluate or process my claim(s), and may be a basis for denying or closing my claim(s) for benefits or leave of absence.
- I understand that in the course of conducting its business The Companies and Absence Manager may disclose to other parties information about me. They may release information to a reinsurer, a plan administrator, plan sponsor, or any person performing business or legal services for them in connection with my claim(s). I understand that The Companies and Absence Manager will release information to my employer necessary for absence management, for return to work and accommodation discussions, and when performing administration of my employer’s self-funded (and not insured) disability plans.
- I understand that The Companies and Absence Manager comply with state and federal laws and regulations enacted to protect my privacy. I also understand that the information disclosed to them pursuant to this authorization may be subject to redisclosure

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

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Group Policy Number)

puede tener que someterse a una nueva divulgación con mi autorización, o como 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 (HIPAA, por sus siglas en inglés)).

- 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, la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
  - Para The Standard Life Insurance Company of New York, la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
  - Para The Standard Benefit Administrators, la duración de mis reclamaciones administradas por The Standard Benefit Administrators o 24 meses, lo que ocurra primero.
  - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- Entiendo y 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 vigente por 12 meses a partir de la fecha de la firma descrita a continuación.
- Reconozco que he leído esta autorización y el aviso correspondiente a New Mexico que aparece en la página 13. Una fotocopia o un fax de esta autorización es tan válido como el documento original, y se me proporcionará una copia si la solicito.

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 13. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_  
(Name (please print))

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_  
(Social Security No)

Número de reclamación \_\_\_\_\_  
(Claim Number)

Firma del reclamante/representante \_\_\_\_\_  
(Signature of Claimant/Representative)

Fecha \_\_\_\_\_  
(Date)

Si la firma corresponde al representante legal (por ejemplo, un apoderado, un tutor o un curador), adjunte la documentación pertinente al estado legal. (If signature is provided by legal representative (e.g., Attorney in Fact, guardian or conservator), please attach documentation of legal status.)

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

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Group Policy Number)

Standard Insurance Company es una compañía de seguros autorizada en todos los estados menos en New York. The Standard Life Insurance Company of New York es una compañía de seguros autorizada únicamente en New York. Su empleador podría contratar a un Administrador de ausencias y podría ser una de Las Compañías.

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.

### **PARA RESIDENTES DE NEW MEXICO**

El estado de New Mexico exige a Standard Insurance Company que le proporcione la siguiente información, de conformidad con su Ley de Protección de Seguro contra la Violencia Doméstica.

### **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.

El formulario de autorización le permite a Standard Insurance Company obtener datos personales para definir si usted tiene derecho a recibir los beneficios 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 ser recibida por 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.

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

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.

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

---

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Group Policy Number)

Si lo solicita por escrito, usted 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 corrijamos, enmendemos o anulemos cualquier dato confidencial sobre abuso o violencia que crea que es incorrecto. Standard Insurance Company revisará cuidadosamente su solicitud y hará los cambios que se justifiquen. Si desea obtener mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, escribanos para recibir una notificación detallada.

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.

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)

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Group Policy Number)

**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 médica o relacionada 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 del gobierno (*por ejemplo, Administración del Seguro Social, Sistema Público de Jubilación, Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, Consejo de Compensación para los Trabajadores, etc.*).

### PARA BRINDAR ESTA INFORMACIÓN:

- Notas registradas por un proveedor de atención médica que sea un profesional de la salud mental, que documente o analice el contenido de la(s) conversación(es) durante una sesión de consejería privada o en grupo, sesión de consejería conjunta o familiar, y que se separan del resto de mi historial médico.

**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 comunicar y divulgar 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 recibir los beneficios o la 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.

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

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Group Policy Number)

- 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, excepto en la medida en que la autorización ya se haya utilizado 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 mi(s) reclamación(es) y podría ser causa de que se rechace o cierre mi(s) reclamación(es) de beneficios 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 del plan, a un patrocinador del 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 discusiones de las adaptaciones, y cuando realicen actividades 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 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 (HIPAA, por sus siglas en inglés)).
  - 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, la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
    - Para The Standard Life Insurance Company of New York, la duración de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
    - Para The Standard Benefit Administrators, la duración de mis reclamaciones administradas por The Standard Benefit Administrators o 24 meses, lo que ocurra primero.
    - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- I understand that I have the right to refuse to sign this authorization and a right to revoke this authorization at any time by sending a written statement to The Companies and Absence Manager, except to the extent the authorization has been relied upon to disclose requested records. A revocation of the authorization, or the failure to sign the authorization, may impair The Companies and Absence Manager's ability to evaluate or process my claim(s), and may be a basis for denying or closing my claim(s) for benefits or leave of absence.
  - I understand that in the course of conducting its business The Companies and Absence Manager may disclose to other parties information about me. They may release information to a reinsurer, a plan administrator, plan sponsor, or any person performing business or legal services for them in connection with my claim(s). I understand that The Companies and Absence Manager will release information to my employer necessary for absence management, for return to work and accommodation discussions, and when performing administration of my employer's self-funded (and not insured) disability plans.
  - I understand that The Companies and Absence Manager comply with state and federal laws and regulations enacted to protect my privacy. I also understand that the information disclosed to them pursuant to this authorization may be subject to redisclosure with my authorization or as otherwise permitted or required by law. Information retained and disclosed by The Companies and Absence Manager may not be protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA].
  - I understand and agree that this authorization as used to gather information shall remain in force from the date signed below:
    - For Standard Insurance Company, the duration of my claim(s) or 24 months, whichever occurs first.
    - For The Standard Life Insurance Company of New York, the duration of my claim(s) or 24 months, whichever occurs first.
    - For The Standard Benefit Administrators, the duration of my claim(s) administered by The Standard Benefit Administrators or 24 months, whichever occurs first.
    - For Absence Manager, 24 months.



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

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name) (Group Policy Number)

- 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 vigente por 12 meses a partir de la fecha de la firma descrita a continuación.
- Reconozco que he leído esta autorización y el aviso correspondiente a New Mexico que aparece en la página 18. Una fotocopia o un fax de esta autorización es tan válido como el documento original, y se me proporcionará una copia si la solicito.
- 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 18. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_  
(Name (please print)) (Social Security No)

Número de reclamación \_\_\_\_\_  
(Claim Number)

Firma del reclamante/representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Signature of Claimant/Representative) (Date)

Si la firma corresponde al representante legal (por ejemplo, un apoderado, un tutor o un curador), adjunte la documentación pertinente al estado legal. (If signature is provided by legal representative (e.g., Attorney in Fact, guardian or conservator), please attach documentation of legal status.)

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

---

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Group Policy Number)

Standard Insurance Company es una compañía de seguros autorizada en todos los estados menos en New York. The Standard Life Insurance Company of New York es una compañía de seguros autorizada únicamente en New York. Su empleador podría contratar a un Administrador de ausencias y podría ser una de Las Compañías.

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.

### **PARA RESIDENTES DE NEW MEXICO**

El estado de New Mexico exige a Standard Insurance Company que le proporcione la siguiente información, de conformidad con su Ley de Protección de Seguro contra la Violencia Doméstica.

### **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.

El formulario de autorización le permite a Standard Insurance Company obtener datos personales para definir si usted tiene derecho a recibir los beneficios 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 ser recibida por 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.

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

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.

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

---

Empleador/Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
(Employer/Policyholder Name)

Número de Póliza colectiva \_\_\_\_\_  
(Group Policy Number)

Si lo solicita por escrito, usted 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 corrijamos, enmendemos o anulemos cualquier dato confidencial sobre abuso o violencia que crea que es incorrecto. Standard Insurance Company revisará cuidadosamente su solicitud y hará los cambios que se justifiquen. Si desea obtener mayor información sobre este derecho o sobre nuestras prácticas de información, escribanos para recibir una notificación detallada.

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.

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. Para que lo llene el paciente (Part A. To Be Completed By Patient)**

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

**Part B. To Be Completed By Physician**

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

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

**Parte B. Para que lo llene el médico**

*El propósito de este formulario es ayudarnos a determinar si el estado clínico de su paciente es incapacitante. Necesitamos documentación del deterioro funcional. Por favor incluir datos de laboratorio y resultados de pruebas especiales (radiografías, tomografías, electrocardiogramas, etc.). Adjunte copias de cualquier informe quirúrgico pertinente, historial de ingreso al hospital, resúmenes de alta del médico, notas de historial médico e informes narrativos.*

*El paciente es responsable de llenar este formulario sin costo alguno para The Standard Benefit Administrators. Si deja preguntas sin contestar, los formularios le serán devueltos.*

**1. Information (Información)**

Primary Diagnosis: ICD Code (_____) _____ (Diagnóstico principal) (Código de CIE)					
Primary Diagnosis: ICD Code (_____) _____ (Diagnóstico principal) (Código de CIE)					
Other diagnoses and ICD Codes related to this claim. (Otros diagnósticos y códigos de CIE relacionados con esta reclamación.)					
Symptoms (Síntomas)					
Patient's Height _____ (Estatura del paciente)	Weight _____ (Peso)	BP _____ (PA)	BP _____ (PA)	Pulse _____ (Pulso)	
		Right Arm (Brazo derecho)	Left Arm (Brazo izquierdo)	Radial (Radio)	
Is condition primarily related to: (Es una afección principalmente relacionada con:)					
a. Patient's Employment (Empleo del paciente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dominant Hand (Mano dominante)	<input type="checkbox"/> Left (Izquierda)	<input type="checkbox"/> Right (Derecha)	
b. Mental Disorder (Trastorno mental)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
c. Alcohol or Drug Condition (Alcoholismo o drogadicción)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
d. Pregnancy (Embarazo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Expected Delivery Date _____ (Fecha prevista del parto)			
Para _____ (Número de partos)	Gravida _____ (Número de embarazos)	Actual Delivery Date _____ (Fecha real del parto)			
Complications _____ (Complicaciones)	<input type="checkbox"/> Vaginal (Vaginal)	<input type="checkbox"/> Caesarean Section (Cesárea)			

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

**2. History (Antecedentes)**

If patient was referred to you, indicate by whom \_\_\_\_\_  
(Si el paciente fue referido a usted, indique por quién)

Has patient ever had same or similar condition?  Yes  No  
(¿Ha tenido el paciente la misma afección o una similar?)

If yes, indicate when \_\_\_\_\_ Describe \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es sí, indique cuándo) (Describa)

Do, or have, other conditions contributed to this condition?  Yes  No  
(¿Contribuyen o han contribuido otras afecciones a esta enfermedad?)

If yes, please explain \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es sí, por favor, explique)

Date patient first consulted you for **this** condition \_\_\_\_\_ For **any** condition \_\_\_\_\_  
(Fecha en que el paciente le consultó por primera vez por **esta** enfermedad) (Por **cualquier** enfermedad)

Dates of subsequent treatment \_\_\_\_\_  
(Fechas del tratamiento posterior)

Date of most recent visit \_\_\_\_\_  
(Fecha de la última consulta)

Was the patient hospitalized?  Yes  No If yes,  Inpatient  Outpatient Date Admitted \_\_\_\_\_ Date Discharged \_\_\_\_\_  
(¿El paciente fue hospitalizado?) (Si la respuesta es sí) (Ingresado) (Ambulatorio) (Fecha de ingreso) (Fecha de alta)

Admitting Diagnosis \_\_\_\_\_ Discharge Diagnosis \_\_\_\_\_  
(Diagnóstico cuando ingresó) (Diagnóstico cuando fue dado de alta)

Name of Hospital \_\_\_\_\_  
(Nombre del hospital)

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

**3. Assessment (Evaluación)**

Date you recommended patient should stop working \_\_\_\_\_ Why? \_\_\_\_\_  
(Fecha en la que recomendó que el paciente dejara de trabajar) (¿Por qué?)

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

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

Is the patient competent to manage insurance benefits?  Yes  No  
(¿El paciente tiene la capacidad de administrar los subsidios del seguro?)

If no, is the patient competent to appoint someone to help manage the insurance benefits?  Yes  No  
(Si la respuesta es no, ¿el paciente tiene la capacidad para pedirle a alguien que le ayude a administrar los subsidios del seguro?)

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

**4. Treatment (Tratamiento)**

Planned course of treatment. *Please include expected duration, surgeries, therapy, etc.* (Ciclo de tratamiento previsto. *Por favor incluir la duración prevista, las cirugías, la terapia, etc.*) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Medications prescribed: dosage, frequency and date of prescription(s). (Medicamentos recetados: dosis, frecuencia y fecha de receta(s).) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

List other treating or referring physicians. *Continue on separate page, if necessary.*  
(Enumere a los otros médicos tratantes o a quienes el paciente ha sido remitido. *Continúe en otra hoja, si es necesario.*)

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

What reasonable work or job site modifications could the employer make to assist the individual to return to work? *Please specify.*  
(¿Qué modificaciones razonables al trabajo o al lugar de trabajo podría hacer el empleador para ayudar a la persona a regresar al trabajo? *Por favor, especifique.*)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Assessment and treatment are complicated by:  
(La evaluación y el tratamiento se complican debido a:)

Malingering  
(Fingir una enfermedad)

Significant emotional or behavioral disorder such as:  Depression  Anxiety *Check pertinent areas.*  
(Un trastorno emocional o conductual significativo, tal como:) (Depresión) (Ansiedad) *(Marque todas las opciones que apliquen.)*

Exaggeration, inconsistent findings, subjective complaints out of proportion to objective findings, bizarre or contradictory observations.  
(Exageración, hallazgos incongruentes, quejas subjetivas sin proporción sobre los hallazgos objetivos, observaciones extrañas o contradictorias.)

Dependence on drugs/medication. *Please specify.* \_\_\_\_\_  
(Dependencia a las drogas o fármacos. *Por favor, especifique.*)

Other *Please describe.* \_\_\_\_\_  
(Otro *Por favor, describa.*)

**5. Prognosis (Pronóstico)**

Describe patient's condition since onset of symptoms:  Recovered  Improved  Unchanged  Regressed  
(Describa el estado del paciente desde el inicio de los síntomas:) (Se recuperó) (Mejóro) (Sin cambios) (Empeoró)

When do you expect a fundamental or marked change in patient's condition?  Never  Condition expected to regress  Condition expected to improve  
(¿Cuándo espera un cambio fundamental o notable en el estado del paciente?) (Nunca) (Se espera que el estado empeore) (Se espera que el estado mejore)

State anticipated date \_\_\_\_\_ or, Unable to determine, follow up in \_\_\_\_\_ months  
(Indique la fecha prevista del estado) (o, si no se puede determinar, se dará seguimiento en) (meses)

When do you anticipate the patient can return to work? State anticipated date \_\_\_\_\_ or, Unable to determine, because of \_\_\_\_\_  
(¿Cuándo prevé que el paciente puede regresar a trabajar?) (Indique la fecha prevista) (o, no se puede determinar, debido a)

\_\_\_\_\_ follow up in \_\_\_\_\_ months  
(seguimiento en) (meses)

Remarks \_\_\_\_\_  
(Observaciones)

The Standard Benefit Administrators

800.426.4332 Tel 800.378.8361 Fax  
PO Box 5031 White Plains NY 10602

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

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

**6. Acknowledgement**

**6. Aviso**

I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the applicable fraud notice on page 24 of this form.

Por este medio certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Reconozco que he leído el aviso de fraude correspondiente que se encuentra en la página 24 de este formulario.

Physician's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Firma del médico) (Fecha)

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

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

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

**Return to The Standard Benefit Administrators at the address above.  
(Devolver a The Standard Benefit Administrators a la dirección indicada anteriormente.)**

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información:

**RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND**

Cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**RESIDENTES DE CALIFORNIA**

Para su seguridad, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en la prisión estatal.

**RESIDENTES DE COLORADO**

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro, será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

**RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA**

**ADVERTENCIA:** es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las penalizaciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporciona información falsa relacionada con una reclamación.

**RESIDENTES DE FLORIDA**

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

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.



**RESIDENTES DE NEW JERSEY**

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación con información falsa o engañosa queda sujeta a penalizaciones criminales y civiles.

**RESIDENTES DE NEW 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 estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

**RESIDENTES DE PENNSYLVANIA**

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.

**EL RESTO DE RESIDENTES**

Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.

**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.

**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.

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

The Standard Benefit Administrators

800.426.4332 Tel 800.378.8361 Fax  
PO Box 5031 White Plains NY 10602

**1. Empleado (Employee)**

Nombre del empleado _____ (Name of Employee)			
Dirección _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Puesto _____ (Job Title)	Clase: <input type="checkbox"/> Facultad /Profesor (Faculty/Teacher)	<input type="checkbox"/> Técnico/Profesional (Technical/Professional)	<input type="checkbox"/> Administración (Administration)
Clasificación del puesto _____ (Job Classification)	<input type="checkbox"/> Mantenimiento (Maintenance)	<input type="checkbox"/> Secretarial/ Administrativo (Secretarial/Clerical)	<input type="checkbox"/> Otro _____ (Other)
N.º de teléfono ( _____ ) _____ (Phone No.)	Fecha de contratación _____ (Date Employed)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	

**2. Información (Information)**

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura por Incapacidad de Largo Plazo (Long Term Disability (LTD, por sus siglas en inglés)) del empleado: (Date employee's LTD coverage became effective)		<input type="checkbox"/> Básica _____ (Basic)	<input type="checkbox"/> Mejorada _____ (Buy-up)		
Ubicación del trabajo: Dirección _____ (Work Location) (Address)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)			
¿El empleado recibió un certificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé (Was employee given a Certificate?) (Don't Know)					
¿El empleado estaba asegurado con la anterior compañía por LTD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de entrada en vigencia _____ (Was employee insured under previous LTD carrier?) (Effective Date)					
Compañía de seguros médicos del empleado _____ (Employee's Medical Insurance carrier)					
N.º de teléfono ( _____ ) _____ (Phone No.)	Fecha de entrada en vigencia del seguro médico _____ (Effective date for medical insurance)				
Situación laboral del empleado en la fecha en la que empezó la incapacidad: (Employee's status on date disability commenced)					
¿Estaba trabajando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, indique la razón _____ (Actively at Work?) (If no, reason)		Número de horas trabajadas a la semana _____ (Number of hours worked per week)			
Último día de trabajo antes de que empezara la incapacidad _____ (Last day of work before disability commenced)		<input type="checkbox"/> Exento o _____ (Exempt or)	<input type="checkbox"/> No exento _____ (Non-Exempt)	<input type="checkbox"/> Sindicalizado o _____ (Union or)	<input type="checkbox"/> No sindicalizado _____ (Non-Union)
Número de horas trabajadas este día _____ (Number of hours worked this day)		Fecha en la que el empleado regresó al trabajo _____ tras la finalización de la incapacidad _____ (Date employee returned to work after disability ended)			
¿Ha considerado permitir al reclamante trabajar en otra profesión, o modificar o alterar las tareas de la profesión del reclamante, la forma en que se realiza el trabajo (es decir, el horario de trabajo), o el lugar de trabajo? (Have you considered allowing the claimant to work in another occupation, or modify or alter the job duties of the claimant's occupation, how the job is done (i.e., work schedule), or worksite?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿qué alternativas se ofrecieron al reclamante? (If yes, what alternatives were offered to the claimant?)					
¿El empleado participa en su plan de jubilación formal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Does the employee participate in your formal retirement plan?)		¿Es el plan un plan calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is the plan a qualified plan?)			
¿El empleado tiene derecho de participación, pero no participa en su plan de jubilación formal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is the employee eligible but not participating in your formal retirement plan?)					
¿La compañía del plan de jubilación formal es TIAA-CREF u otra compañía? (Is the formal retirement plan carrier TIAA-CREF or another carrier?) <b>Por favor, indique el nombre, el número de teléfono y la dirección de la persona de contacto. (Please provide name, phone number and address of contact person.)</b> _____ _____					
¿Cuál es la aportación al plan de jubilación del empleado a lo largo del año? \$ _____ (What is the employee's year-to-date retirement plan contribution?)					
¿Las aportaciones del empleado están establecidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are the employee's contributions vested?)					

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

The Standard Benefit Administrators

800.426.4332 Tel 800.378.8361 Fax  
 PO Box 5031 White Plains NY 10602

¿La discapacidad es causada o contribuida por el empleo? (Is disability caused or contributed to by employment?)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se ha determinado (Undetermined)
¿El empleado presentó una reclamación por Compensación para los trabajadores? (Has employee filed a Workers' Compensation claim?)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé (Don't Know)
Nombre de la aseguradora de Compensación para los trabajadores (Workers' Compensation Carrier Name)		_____		N.º de Reclamación (Claim No.) _____
Fecha en que ocurrió la lesión _____ (Date of Injury)				
Dirección _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)	
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)		Persona de contacto _____ (Person to contact)		
¿El empleo terminó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is employment now terminated?)		Se ha programado la finalización del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is employment scheduled for termination?)		
Razón _____ (Reason)		Fecha de finalización _____ (Date of termination)		

**3. Salario en el momento de la incapacidad (Salary at Time of Disability) *Por favor, marque solo una casilla.***  
*(Please check only one box.)*

<input type="checkbox"/> Ingresos básicos mensuales (Basic Monthly Earnings)	Tarifa mensual \$ _____ (Monthly Rate)	<input type="checkbox"/> Ingresos básicos semanales (Basic Weekly Earnings)	Tarifa semanal \$ _____ (Weekly Rate)
<input type="checkbox"/> Ingresos básicos anuales (Basic Yearly Earnings)	Tarifa anual \$ _____ (Annual Rate)	<input type="checkbox"/> Ingresos básicos por hora (Basic Hourly Earnings)	Tarifa por hora \$ _____ (Hourly Rate)
<input type="checkbox"/> Ingresos básicos por contrato (Basic Contract Earnings)	Cantidad del contrato \$ _____ (Contract Amount)	Duración del contrato: _____ (Length of Contract)	
<input type="checkbox"/> Comisiones <i>Por favor, adjunte la lista de comisiones pagadas por el periodo especificado en su Póliza colectiva.</i> (Commissions <i>Please attach list of commissions paid for the period specified in your Group Policy.</i> )			
<input type="checkbox"/> Diferencial por turno (Shift Differential)	<input type="checkbox"/> Bonos/bonificaciones (Bonuses)		
Fecha del último aumento _____ (Date of last increase)	Ingresos antes del aumento \$ _____ (Earnings prior to increase)	por _____ (per)	Fecha de entrada en vigencia _____ (Effective date)

**4. Compensación por el periodo posterior a la incapacidad (Compensation for Period After Disability)**

Tipo (Type)	Última fecha en la que se paga o es pagadero (Last date through which paid or payable)	Cantidad / Tarifa (Amount / Rate)
Pago por licencia por enfermedad/continuación de salario (Sick Pay/Salary Continuation)		
Incapacidad de Corto Plazo autoasegurado (Self-insured Short Term Disability)		
Sueldos/salarios, <b>obtenidos después</b> de la incapacidad (Wages/salary, <b>earned after</b> disability)		
Comisiones, <b>obtenidas después</b> de la incapacidad (Commissions, <b>earned after</b> disability)		

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

The Standard Benefit Administrators

800.426.4332 Tel 800.378.8361 Fax  
 PO Box 5031 White Plains NY 10602

**5. Ingresos deducibles/beneficios de otras fuentes (Deductible Income/Benefits From Other Sources)**

¿El empleado está cubierto o recibe actualmente subsidios de lo siguiente? (Is employee covered by or now receiving benefits from the following?)	Cubierto (Covered)		Recibiendo (Receiving)			Fecha de solicitud (Date of Application)	Cantidad (Amount)		Fecha de entrada en vigencia (Effective Date)
	Sí	No	Sí	No	No lo sé (Don't Know)		Semanal (Weekly)	Mensual (Monthly)	
a. Seguro Social (Social Security)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. Compensación para los trabajadores (Workers' Compensation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. Seguro por Incapacidad por parte del Estado (State Disability Insurance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d. Jubilación o pensión (Retirement or Pension) (Por parte del empleador, PERS, STRS, PERA, etc.) (Employer, PERS, STRS, PERA, etc.) <i>Por favor, especifique _____</i> (Please specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
e. Otro _____ (Other) (por ejemplo, beneficios de desempleo o sindicales) (e.g., unemployment or union benefits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**6. Seguro de Vida (Life Insurance)**

¿El empleado estaba cubierto por el Seguro de Vida Colectivo con Standard Insurance Company en la fecha en que dejó de trabajar?  Sí  No  
 (Was employee covered by Group Life Insurance with Standard Insurance Company on cease work date?)

Si la respuesta es sí, indique el(los) número(s) de la(s) póliza(s) \_\_\_\_\_  
 (If yes, list policy number(s))

Fecha de entrada en vigencia del Seguro de Vida \_\_\_\_\_  
 (Date life insurance became effective)

**Por favor, adjunte la tarjeta de inscripción original**  
**(Please attach original enrollment card.)**

Cantidad del Seguro de Vida Básico \$ \_\_\_\_\_ Extra/Opcional \$ \_\_\_\_\_ Complementario \$ \_\_\_\_\_ Por AD&D \$ \_\_\_\_\_  
 (Amount of Basic Life insurance) (Additional/Optional) (Supplemental) (AD&D)

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

**IMPORTANTE: por favor, continúe realizando los pagos de las primas hasta que se le notifique lo contrario.**  
**(IMPORTANT: Please continue payment of premiums until otherwise notified.)**

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

The Standard Benefit Administrators

800.426.4332 Tel 800.378.8361 Fax  
PO Box 5031 White Plains NY 10602

**7. Información sobre impuestos (Tax Information)**

Número de identificación fiscal federal del empleador \_\_\_\_\_  
(Employer's Federal Tax I.D. Number)

Marque una:  Somos un empleador del sector privado  
(Check one) (We are a private-sector employer)  
 Somos un empleador del sector público (entidad gubernamental)  
(We are a public-sector (government entity) employer)

Este empleado está sujeto a:  Impuestos del Seguro Social?  Sí  No  Impuestos de Medicare?  Sí  No  
(Is this employee subject to) (Social Security taxes?) (Medicare taxes?)

Impuestos de nivel 1 para  Sí  No  Impuestos del nivel 1 de Medicare?  Sí  No  
empleados ferroviarios? (Railroad Tier 1 taxes?) (Tier 1 Medicare taxes?)

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

Si está sujeto a los impuestos del Seguro Social, ¿cuál es el salario del Seguro Social del empleado hasta la fecha? \_\_\_\_\_  
(If subject to Social Security taxes what are the employee's year to date Social Security wages?)

¿Este empleado paga la totalidad o una parte de la prima de la cobertura del Seguro por LTD?  Sí  No  
(Does this employee pay all or a portion of the premium for LTD insurance coverage?)

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

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

\*el empleado paga \_\_\_\_\_% con fondos que han sido gravados.  
(\*the employee pay) (with funds that have been taxed)

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

\* Si la respuesta es sí, ¿se retienen los impuestos de las primas pagadas por el empleado?  Sí  No  
(\* If yes, are taxes withheld from employer paid premiums?)

**\*IMPORTANTE: recuerde calcular anualmente el porcentaje de aportación de la prima de acuerdo con el reglamento del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service (IRS, por sus siglas en inglés)) de 3 años promedio para la cobertura colectiva.**  
**(\*IMPORTANT: Remember to calculate annually the premium contribution percentage information according to the IRS 3 year averaging rule for group coverage.)**

**8. Anexos (Attachments)**

**Por favor, adjunte copias de lo siguiente:**  
**(Please attach copies of the following)**

a. Descripción del puesto (Job Description)	c. Formulario de inscripción o elección para el Seguro por Incapacidad de Largo Plazo (Enrollment or Election Form for Long Term Disability Insurance)
b. Solicitud de empleo o currículum (Employment Application or Resume)	d. Documentos de ingresos de otras fuentes (beneficios deducibles) (Seguro Social, Compensación para los trabajadores, PERS, etc.) (Income From Other Sources (Deductible Benefits) Documents (Social Security, Workers' Compensation, PERS, etc.))

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

The Standard Benefit Administrators

800.426.4332 Tel 800.378.8361 Fax  
PO Box 5031 White Plains NY 10602

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

Empleador _____ (Employer)	N.º de teléfono _____ (Phone No.)	Número de póliza _____ (Policy Number)	
Dirección _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Correo electrónico _____ (Email)			
<b>Aviso</b> Por este medio certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Reconozco que he leído el aviso de fraude correspondiente que se encuentra en la página 31 de este formulario.		<b>Acknowledgement</b> I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the applicable fraud notice on page 31 of this form.	
Firma _____ (Signature)		Fecha _____ (Date)	
Preparado por _____ (Prepared by)		Título _____ (Title)	
N.º de teléfono ( _____ ) _____ (Phone No.)		N.º de fax ( _____ ) _____ (Fax No.)	

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información:

**RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND**

Cualquier persona que a sabiendas y deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

**RESIDENTES DE CALIFORNIA**

Para su seguridad, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un delito, y puede estar sujeta a multas y confinamiento en la prisión estatal.

**RESIDENTES DE COLORADO**

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera de los beneficios del seguro, será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

**RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA**

**ADVERTENCIA:** es un delito el proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de cometer fraude a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las penalizaciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporciona información falsa relacionada con una reclamación.

**RESIDENTES DE FLORIDA**

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

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.

**RESIDENTES DE NEW JERSEY**

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación con información falsa o engañosa queda sujeta a penalizaciones criminales y civiles.

**RESIDENTES DE NEW 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 estará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

**RESIDENTES DE PENNSYLVANIA**

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.

**EL RESTO DE RESIDENTES**

Algunos estados nos exigen que le informemos que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa sobre cualquier hecho material del presente documento, está cometiendo un acto fraudulento de seguros, lo que está sujeto a sanciones civiles y/o penales, dependiendo del estado. Tales acciones pueden ser consideradas un delito grave y se pueden imponer multas sustanciales.

**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.

**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.