



Reclamación de su subsidio por incapacidad

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

Cómo solicitar subsidios

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

1. Declaración del empleado

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

Your Disability Benefit Claim

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

How To Apply For Benefits

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

1. The Employee’s Statement

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



TheStandard®

Standard Insurance Company
Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Paquete de instrucciones para presentar
reclamaciones por subsidios por Incapacidad de Largo Plazo
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Benefits
Claim Packet Instructions)**

2. La Autorización para obtener y divulgar información

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

A petición suya, recibirá copias de la Autorización.

3. La Declaración del médico tratante

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

4. La Declaración del empleador

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

2. The Authorization to Obtain and Release Information

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

You will receive copies of the Authorization upon your request.

3. The Attending Physician's Statement

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

4. The Employer's Statement

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

Usted es responsable de garantizar que todos los formularios necesarios sean llenados y regresados a nuestra oficina. Nuestra oficina está disponible para ayudarle si tuviera alguna pregunta.

You are responsible for making sure all required forms are completed and returned to our office. If you have any questions, our office is here to help you.

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del empleado
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Employee's Statement)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

*En letra de molde. Si no responde todas las preguntas, es posible que se le devuelva el formulario.
(Please type or print. Form may be returned for unanswered questions.)*

1. Reclamante (Claimant)

Nombre y apellido _____ (Full Name)		N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	
Domicilio _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)			
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino (Sex) (Male) (Female)	Estatura _____ (Height)	Peso _____ (Weight)
Nombre del cónyuge _____ (Name of Spouse)		Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	
Número de hijos dependientes _____ (No. of Dependent Children)	Fecha de nacimiento del hijo menor _____ (Birthdate of Youngest)		
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Do you need a translator?)		Yo hablo: _____ (I speak)	

2. Empleo (Employment)

Nombre del empleador _____ (Name of Employer)	N.º de póliza colectiva _____ (Group Policy No.)
Indique el título de su puesto y describa sus tareas de trabajo. (State your job title and describe your duties at work.)	
Último día en el trabajo _____ Fecha en la cual pudo trabajar en su profesión debido a su incapacidad _____ (Last full day at work) (Date you became unable to work at your occupation as a result of disability)	
¿Está usted trabajando o ha trabajado en su profesión o cualquier otra profesión desde de la fecha de su lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you now or have you worked at your occupation or any other occupation since the date of your injury?)	
¿Alguna de sus tareas es autónoma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Are you self-employed at any activity?)	
¿Ha regresado a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Have you returned to work?)	
Si es sí, fecha en que regresó por jornada media _____ (If yes, date returned part time)	Fecha en que regresó por jornada completa _____ (Date returned full time)
Si es no, fecha prevista para regresar a trabajar jornada media _____ (If no, date expected to return part time)	Fecha prevista para regresar a trabajar jornada completa _____ (Date expected to return full time)
Causa de la incapacidad: <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Otro accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión o enfermedad relacionada al trabajo <input type="checkbox"/> Embarazo (Cause of disability) (Motor Vehicle Accident) (Other Accident) (Illness) (Work Related Injury/Illness) (Pregnancy)	
Si su incapacidad está relacionada al trabajo, ¿ha presentado una reclamación de Compensación de Trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (If your disability is work related, have you filed a Workers' Compensation claim?)	
Nombre de contacto _____ (Contact Name)	N.º de teléfono _____ (Telephone No)

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del empleado
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Employee's Statement)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

3. Enfermedad o lesión (Sickness/Injury)

Describe la lesión o enfermedad _____ (Describe illness or injury)	Fecha en que la notó por vez primera _____ (Date first noticed)
Causa de enfermedad o lesión _____ (Cause of illness or injury)	
¿Había tenido antes esta misma enfermedad o una enfermedad relacionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Have you ever had the same condition or a related illness before?)	

4. Embarazo (Pregnancy)

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

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

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

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

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

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del empleo
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Employee's Statement)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

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

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

8. Subsidios de otras fuentes (Benefits From Other Sources)

Ha solicitado o está recibiendo subsidios de: (Have you applied for or are you receiving benefits from:)	Solicitado (Applied)		Recibiendo (Receiving)		Fecha de solicitud (Date Applied For)	Cantidad que recibió (Amount Received)		Fecha de vigencia (Effective Date)
	Sí	No	Sí	No		Semanal (Weekly)	Mensual (Monthly)	
a. Seguro Social (Social Security)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. Seguro de incapacidad del estado (State Disability Insurance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d. Jubilación o pensión (empleador, pers, str, pera, etc.) <i>Favor de especificar la clase</i> _____ (Retirement or Pension (Employer, PERS, STRS, PERA, etc.) <i>(Please specify type)</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
e. Otro _____ (Other) (p. ej. desempleo o subsidios del sindicato, etc.) (e.g., unemployment or union benefits, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Favor de enviar las copias de toda correspondencia o avisos de otorgación o rechazos de subsidios. (Please send copies of any letters or notices approving or denying benefits.)

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

Grado escolar más alto que haya cumplido _____ (Highest grade completed)	Título otorgado _____ (Degree earned)		
Experiencia de trabajo: Llene lo siguiente empezando con su experiencia de trabajo reciente. (Work Experience: Complete the following starting with your most recent work experience.)			
Título del puesto y empleador (Job Title & Employer)	Fechas de empleo (Dates of Employment)	Tareas (Duties)	Último salario (Last Salary)
1.	De (From) A (To)		
2.	De (From) A (To)		
3.	De (From) A (To)		

Declaración

Confirmando que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son verdaderas a mi mejor saber y entender. Declaro que he leído el aviso de fraude pertinente en la página 6 de este formulario.

Acknowledgement

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

FIRMA _____
(SIGNATURE)

FECHA _____
(DATE)

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Aviso de fraude en el formulario de reclamación
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Claim Form Fraud Notices)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida comete un delito y puede hacerse objeto de multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía aseguradora y todo agente de una compañía aseguradora que proporcione a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de defraudarlo o tratar de defraudarlo con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del dinero procedente del seguro deberán ser reportados a la División de Seguros de Colorado, del Departamento de Agencias Regulatorias.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

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

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

CALIFORNIA RESIDENTS

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

COLORADO RESIDENTS

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

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

FLORIDA RESIDENTS

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

NEW JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Aviso de fraude en el formulario de reclamación
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Claim Form Fraud Notices)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

RESIDENTES DE NUEVA YORK

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

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

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

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tal acción puede clasificarse como un delito grave y se le pueden imponer multas cuantiosas.

NEW YORK RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

ALL OTHER RESIDENTS

Some states require us to inform you that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, or other person, files a statement containing false or misleading information concerning any fact material hereto commits a fraudulent insurance act which is subject to civil and/or criminal penalties, depending upon the state. Such actions may be deemed a felony and substantial fines may be imposed.

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

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

- Cualquier médico, médico tratante o proveedor de atención médica.
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otro consultorio relacionado con servicios médicos o asociación de médicos.
- Kaiser Permanente.
- Cualquier compañía de seguros.
- Cualquier empleador o patrocinador del plan.
- Cualquier organización o entidad que administre un programa de beneficios o de licencia (entre otros beneficios estatutarios) o un programa de anualidades.
- Cualquier organización o programa educativo, profesional o de rehabilitación.
- Cualquier agencia de informes para el consumidor, institución financiera, contador o elaborador de declaraciones de impuestos.
- Cualquier agencia del gobierno (*por ejemplo, la Administración del Seguro Social, el Sistema Público de Jubilaciones, la Junta de Jubilaciones de los Ferrocarriles, Junta de Compensación de Trabajadores, etc.*).

A DAR ESTA INFORMACIÓN:

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

y:

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

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

I AUTHORIZE THESE PERSONS having any records or knowledge of me or my health:

- Any physician, medical practitioner or health care provider.
- Any hospital, clinic, pharmacy or other medical or medically related facility or association.
- Kaiser Permanente.
- Any insurance company or annuity company.
- Any employer, policyholder or plan sponsor.
- Any organization or entity administering a benefit or leave program (including statutory benefits) or an annuity program.
- Any educational, vocational or rehabilitation counselor, organization or program.
- Any consumer reporting agency, financial institution, accountant, or tax preparer.
- Any government agency (*for example, Social Security Administration, Public Retirement System, Railroad Retirement Board, Workers’ Compensation Board, etc.*).

TO GIVE THIS INFORMATION:

- Charts, notes, x-rays, operative reports, lab and medication records and all other medical information about me, including medical history, diagnosis, testing and test results. Prognosis and treatment of any physical or mental condition, including:
 - Any disorder of the immune system, including HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or other related syndromes or complexes.
 - Any communicable disease or disorder.
 - Any psychiatric or psychological condition, including test results, but excluding psychotherapy notes. Psychotherapy notes do not include a summary of diagnosis, functional status, the treatment plan, symptoms, prognosis and progress to date.
 - Any condition, treatment, or therapy related to substance abuse, including alcohol and drugs.

and:

- Any non-medical information requested about me, including such things as education, employment history, earnings or finances, return to work accommodation discussions or evaluations, and eligibility for other benefits or leave periods including, but not limited to, claims status, benefit amount, payments, settlement terms, effective and termination dates, plan or program contributions, etc.

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

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

- Declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no es pertinente a esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas anteriormente a entregar y divulgar toda mi historia clínica sin restricciones.
- Entiendo que cada una de Las Compañías y el Administrador de ausencias obtendrán mi información sólo si están administrando o tomando una decisión sobre mi reclamación por incapacidad o licencia por ausencia y usarán la información para confirmar mi derecho o si tengo derecho a subsidios o licencia por ausencia.
- Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y el derecho de revocarla en cualquier momento enviando una declaración por escrito a Las Compañías y al Administrador de ausencias, salvo en la medida en que se haya dependido de ésta para divulgar los registros solicitados. La revocación de esta Autorización o el hecho de no firmarla podrían dañar la capacidad de Las Compañías y el Administrador de ausencias de evaluar o tramitar mi reclamación y podría ser la base del rechazo o cierre de mi reclamación por subsidios o licencia por ausencia.
- Entiendo que en la realización de sus negocios, Las Compañías y el Administrador de ausencias podrían divulgar a terceros mi información. Podrían proporcionarle información a reaseguradoras, al administrador del plan, al patrocinador del plan o a cualquier persona llevando a cabo negocios o prestándoles servicios legales a ellos en relación con mi reclamación. Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias divulgarán información a mi empleador que sea necesaria para la administración de ausencias, para el regreso al trabajo y discusiones de adaptación y cuando administran el plan de incapacidad autofinanciado (y no asegurado) de mi empleador.
- Entiendo que Las Compañías y el Administrador de ausencias cumplen con las leyes y regulaciones estatales y federales promulgadas para proteger mi confidencialidad. También entiendo que la información divulgada a ellos de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación con mi autorización o como lo permita o estipule la ley. Información que sea retenida o divulgada por Las Compañías y el Administrador de ausencias puede que no esté protegida bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Médico [hipaa, por sus siglas en inglés].
- Entiendo y estoy de acuerdo que esta autorización, al ser usada para obtener información, permanecerá en vigencia a partir de la fecha de la firma que aparece abajo:
 - Para Standard Insurance Company, el largo de tiempo de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Life Insurance Company of New York, el largo de tiempo de mis reclamaciones o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para The Standard Benefit Administrators, el largo de tiempo de mis reclamaciones administradas por The Standard Benefit Administrators o 24 meses, lo que ocurra primero.
 - Para el Administrador de ausencias, 24 meses.
- I acknowledge that any agreements I have made to restrict my protected health information do not apply to this authorization and I instruct the persons and organizations identified above to release and disclose my entire medical record without restriction.
- I understand that each of The Companies and Absence Manager will gather my information only if they are administering or deciding my disability or leave of absence claim(s), and will use the information to determine my eligibility or entitlement for benefits or leave of absence.
- I understand that I have the right to refuse to sign this authorization and a right to revoke this authorization at any time by sending a written statement to The Companies and Absence Manager, except to the extent the authorization has been relied upon to disclose requested records. A revocation of the authorization, or the failure to sign the authorization, may impair The Companies and Absence Manager's ability to evaluate or process my claim(s), and may be a basis for denying or closing my claim(s) for benefits or leave of absence.
- I understand that in the course of conducting its business The Companies and Absence Manager may disclose to other parties information about me. They may release information to a reinsurer, a plan administrator, plan sponsor, or any person performing business or legal services for them in connection with my claim(s). I understand that The Companies and Absence Manager will release information to my employer necessary for absence management, for return to work and accommodation discussions, and when performing administration of my employer's self-funded (and not insured) disability plans.
- I understand that The Companies and Absence Manager comply with state and federal laws and regulations enacted to protect my privacy. I also understand that the information disclosed to them pursuant to this authorization may be subject to redisclosure with my authorization or as otherwise permitted or required by law. Information retained and disclosed by The Companies and Absence Manager may not be protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA].
- I understand and agree that this authorization as used to gather information shall remain in force from the date signed below:
 - For Standard Insurance Company, the duration of my claim(s) or 24 months, whichever occurs first.
 - For The Standard Life Insurance Company of New York, the duration of my claim(s) or 24 months, whichever occurs first.
 - For The Standard Benefit Administrators, the duration of my claim(s) administered by The Standard Benefit Administrators or 24 months, whichever occurs first.
 - For Absence Manager, 24 months.

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

- Entiendo y estoy de acuerdo que Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden compartir esta información entre sí con respecto a mis reclamaciones por incapacidad y licencia por ausencia. Esta autorización para compartir mi información permanecerá válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma que aparece abajo.
- Declaro que he leído esta autorización y el aviso de Nuevo México en la página 11. Una fotocopia o facsímil de esta autorización son tan válidos como el original y me serán proporcionados a petición.
- I understand and agree that The Companies and Absence Manager may share information with each other regarding my disability and leave of absence claim(s). This authorization to share information shall remain valid for 12 months from the date signed below.
- I acknowledge that I have read this authorization and the New Mexico notice on page 11. A photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original and will be provided to me upon request.

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

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

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

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

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

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

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

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

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

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

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

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

FOR RESIDENTS OF NEW MEXICO

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

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

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

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

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

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del médico tratante
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Attending Physician's Statement)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Parte A. Para ser llenada por el empleado (To Be Completed By Employee)

*Para que su reclamación se revise rápidamente, este formulario debe ser llenado en su totalidad por los correspondientes.
(For a prompt review of your claim, ALL of this form must be thoroughly completed by the appropriate persons.)*

Nombre y apellido (Full Name)		Nombre del empleador o la compañía (Employer/Company Name)		N.º de póliza colectiva (Group Policy No.)	
N.º de Seguro Social (Social Security No.)		N.º de teléfono (Phone No.) ()		Fecha de nacimiento (Birthdate)	
Dirección (Address)			Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (ZIP)
Fecha en que regresó a trabajar (Date returned to work)			Fecha prevista de regreso a trabajar (Date expected to return to work)		

Part B. To Be Completed By Attending Physician (Para ser llenado por el médico tratante)

*The following information is needed to document the patient's inability to work. The patient is responsible for obtaining a complete form without expense to The Standard. Please complete this form and mail or fax it to The Standard using the contact information listed above.
(Los siguientes datos son necesarios para poder documentar la incapacidad del paciente para trabajar. El paciente es responsable de obtener un formulario lleno sin gastos para The Standard. Llene este formulario y envíelo por correo o fax a The Standard usando los datos de contacto que aparecen arriba.)*

1. Diagnosis (Diagnóstico)		A. Diagnosis (Diagnóstico)		ICDA Classification (Clasificación cie)	
B. Symptoms (Síntomas)			Height (Estatura)	Weight (Peso)	B/P (TA)
			Dominant Hand (Mano dominante)	<input type="checkbox"/> Left (Izquierda)	<input type="checkbox"/> Right (Derecha)
2. Pregnancy (if applicable) (Embarazo (si es el caso))		A. Expected date of delivery (Fecha prevista del parto)	B. Actual date of delivery (Fecha real del parto)	<input type="checkbox"/> Vaginal (Vaginal) <input type="checkbox"/> C-section (Cesárea)	
3. History and Treatment (Antecedentes y tratamiento)		A. Date you recommended the patient stop work (Fecha en que le recomendó al paciente dejar de trabajar)		B. When did symptoms appear or accident happen? (¿Cuándo se presentaron los síntomas o sucedió el accidente?)	
C. Has the patient ever had the same or similar condition? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿El paciente ya había tenido la misma enfermedad u otra semejante?)				If yes, when? (Si es sí, ¿cuándo?)	
D. Is this condition related to the patient's employment? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Esta enfermedad está relacionada con el empleo del paciente?)			E. Did you complete a Workers' Compensation claim form? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Llenó un formulario de reclamación de Compensación de Trabajadores?)		
F. Date of first visit for this condition (Fecha de la primera consulta por esta enfermedad)		G. Frequency of subsequent visits: (Frecuencia de las consultas posteriores) <input type="checkbox"/> Weekly (Semanal) <input type="checkbox"/> Monthly (Mensual) <input type="checkbox"/> Other (Otror)			H. Date of most recent visit (Fecha de la consulta más reciente)
I. Describe planned course and duration of treatment (Describa el tratamiento planeado y su duración)					

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del médico tratante
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Attending Physician's Statement)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

J. Hospitalization? (¿Hospitalización?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No If yes, <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Outpatient (Si es sí,) (Paciente hospitalizado) (Paciente ambulatorio)		K. Name of Hospital (Nombre del hospital)			
L. Address of Hospital (Dirección del hospital)					
M. Date admitted (Fecha de ingreso)		Date discharged (Fecha de alta)	N. Surgery? (¿Cirugía?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	O. Date Surgery completed/scheduled (Fecha de la intervención quirúrgica o fecha programada)	
P. Reason/Surgery Type (Causa o clase de cirugía)			Q. Surgery/Post-Surgery Complications? (¿Se presentaron complicaciones en la cirugía o postoperatorias?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No If yes, please describe (Si es sí, favor de describir)		
4. Level of Functional Impairment (Nivel de daños funcionales) Please attach recent chart notes/pertinent records. (Adjunte notas de archivos recientes y registros pertinentes.)					
A. Describe patient's physical and/or mental limitations and restrictions (functional capacity). (Describa las limitaciones y restricciones físicas o mentales del paciente (capacidad funcional).)					
B. 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?)					
C. Factors Delaying Recovery (if applicable) (Factores que retrasan la recuperación (si los hubiera))					
D. When do you anticipate the patient can return to work? State anticipated date _____ or, (o) (¿Cuándo prevé que el paciente podrá regresar a trabajar? Indique la fecha prevista) unable to determine because of (imposible de concluir debido a) _____, follow up in (seguimiento en) _____ months (meses).					
E. Is the patient competent to manage insurance benefits? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Tiene el paciente la capacidad de poder administrar subsidios de seguro?) If no, is the patient competent to appoint someone to help manage the insurance benefits? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si no, ¿tiene el paciente la capacidad para designar a alguien que lo ayude a administrar los subsidios del seguro?)					
5. Physician Information (Información del médico) Please type or print. (En letra de molde)					
Name of physician completing this form (Nombre del médico que llena este formulario)		Specialty (Especialidad)		Phone No. (N.º de teléfono) ()	
Address (Dirección)	City (Ciudad)	State (Estado)	ZIP (Código postal)	Fax No. (N.º de fax) ()	
Acknowledgement – I certify that the answers I have made to the above questions are complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the fraud notice on page 14 of this form. (Declaración. Confirмо que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son verdaderas a mi mejor saber y entender. Declaro que he leído el aviso de fraude en la página 14 de este formulario.)					
Signature _____ (Firma)			Date _____ (Fecha)		

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Aviso de fraude en el formulario de reclamación
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Claim Form Fraud Notices)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida comete un delito y puede hacerse objeto de multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía aseguradora y todo agente de una compañía aseguradora que proporcione a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de defraudarlo o tratar de defraudarlo con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del dinero procedente del seguro deberán ser reportados a la División de Seguros de Colorado, del Departamento de Agencias Regulatorias.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

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

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

CALIFORNIA RESIDENTS

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

COLORADO RESIDENTS

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

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

FLORIDA RESIDENTS

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

NEW JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Aviso de fraude en el formulario de reclamación
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Claim Form Fraud Notices)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

RESIDENTES DE NUEVA YORK

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

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

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

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tal acción puede clasificarse como un delito grave y se le pueden imponer multas cuantiosas.

NEW YORK RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

ALL OTHER RESIDENTS

Some states require us to inform you that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, or other person, files a statement containing false or misleading information concerning any fact material hereto commits a fraudulent insurance act which is subject to civil and/or criminal penalties, depending upon the state. Such actions may be deemed a felony and substantial fines may be imposed.

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del empleador
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Employer's Statement)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

1. Empleado (Employee)

Nombre del empleado _____ (Full Name)			
Domicilio _____ (Address)	Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
Título del puesto _____ (Job Title)	Fecha de contratación _____ (Date Employed)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	

2. Datos (Information)

Fecha en que entró en vigencia _____ la cobertura de ltd del empleado (Date employee's LTD coverage became effective)		¿El empleado había estado asegurado bajo _____ la previa aseguradora de ltd? (Was employee insured under previous LTD carrier?)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Fecha de vigencia _____ (Effective Date)
Ubicación del trabajo: Dirección _____ (Work Location) (Address)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)				
El estado del empleado a la fecha en que empezó la incapacidad: (Employee's status on date disability commenced)						
¿Presente en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Actively at Work?)		Si es no, el motivo _____ (If no, reason)		Número de horas trabajadas a la semana _____ (Number of hours worked per week)		
Último día de trabajo antes de que empezará la incapacidad _____ (Last day of work before disability commenced)		<input type="checkbox"/> Exento o (Exempt or)	<input type="checkbox"/> No exento (Non-Exempt)	<input type="checkbox"/> Sindicato o (Union or)	<input type="checkbox"/> No sindicato (Non-Union)	
Número de horas trabajadas en esta fecha _____ (Number of hours worked this day)		Fecha en que el empleado regresó a trabajar después de la incapacidad _____ (Date employee returned to work after disability ended)				
¿Ha pensado en permitir al reclamante trabajar en otra profesión, o modificar o cambiar las tareas de trabajo de la profesión del reclamante, como se lleva a cabo el trabajo (p. ej. el horario de trabajo) o ubicación de trabajo? (Have you considered allowing the claimant to work in another occupation, or modify or alter the job duties of the claimant's occupation, how the job is done (i.e., work schedule), or worksite?)						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿qué posibilidades fueron ofrecidas al reclamante? (If yes, what alternatives were offered to the claimant?)						
¿Es la incapacidad causada por o debido al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se ha comprobado (Is disability caused or contributed to by employment?) (Undetermined)						
¿Ha presentado el reclamante una reclamación de Compensación de Trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe (Has employee filed a Workers' Compensation claim?) (Don't Know)						
Nombre de la aseguradora de Compensación de Trabajadores _____ (Workers' Compensation Carrier Name)		N.º de reclamación _____ (Claim No.)		Fecha de 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)				
¿Ha sido eliminado el puesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is employment now terminated?)		¿Está programada la eliminación del puesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Is employment scheduled for termination?)				
Motivo _____ (Reason)		Fecha de eliminación _____ (Date of termination)				

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del empleador
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Employer's Statement)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

3. Salario cuando empezó la incapacidad (Salary at Time of Disability)

Favor de marcar una casilla. (Please check only one box.)

<input type="checkbox"/> Ingreso mensual base (Basic Monthly Earnings)	Precio mensual \$ _____ (Monthly Rate)	<input type="checkbox"/> Ingresos semanales básicos (Basic Weekly Earnings)	Precio semanal \$ _____ (Weekly Rate)
<input type="checkbox"/> Ingresos anuales básicos (Basic Yearly Earnings)	Precio anual \$ _____ (Annual Rate)	<input type="checkbox"/> Ingresos por hora básicos (Basic Hourly Earnings)	Precio por hora \$ _____ (Hourly Rate)
<input type="checkbox"/> Ingresos por contrato anual básicos (Basic Annual Contract Earnings)	Cantidad del contrato \$ _____ (Contract Amount)	Duración del contrato: <input type="checkbox"/> 9 meses (Length of Contract) (9 month)	<input type="checkbox"/> 12 meses (12 month) <input type="checkbox"/> Otro _____ (Other)
<input type="checkbox"/> Diferencial por turno (Shift Differential)			

¿Está recibiendo el empleado otros ingresos por contrato? Sí No
(Is employee receiving any other contract pay?)

Fecha del último aumento _____ Ingresos antes del aumento \$ _____ por _____ Fecha de vigencia _____
(Date of last increase) (Earnings prior to increase) (per) (Effective date)

4. Ingreso deducible o subsidios de otras fuentes (Deductible Income/Benefits From Other Sources)

¿Tiene cobertura o está recibiendo el empleado subsidios de las siguientes fuentes? (Is employee covered by or now receiving benefits from the following?)	Cubierto (Covered)		Recibiendo (Receiving)			Fecha de solicitud (Date of Application)	Cantidad (Amount)		Fecha de vigencia (Effective Date)
	Sí	No	Sí	No	No se sabe (Don't Know)		Semanal (Weekly)	Mensual (Monthly)	
a. Seguro Social (Social Security)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. Seguro de incapacidad del estado (State Disability Insurance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d. Jubilación o pensión (empleador, pers, str, pera, etc.) <i>Favor de especificar _____</i> (Retirement or Pension (Employer, PERS, STRS, PERA, etc.)) <i>(Please specify)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
e. Otro _____ (Other) (p. ej. desempleo o subsidios del sindicato, etc.) ((e.g., unemployment or union benefits, etc.))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

5. Seguro de vida (Life Insurance)

¿Tenía cobertura del Seguro de Vida Colectivo el empleado con The Standard en la fecha que cesó de trabajar? Sí No
(Was employee covered by Group Life Insurance with The Standard on cease work date?)

Fecha en que el seguro de vida entro en vigencia _____
(Date life insurance became effective)

**Favor de adjuntar la tarjeta de inscripción.
(Please attach original enrollment card.)**

Cantidad de Seguro de Vida Básico \$ _____ Extra u Optativo \$ _____ Suplementario \$ _____ ad&d \$ _____
(Amount of Basic Life insurance) (Additional/Optional) (Supplemental) (AD&D)

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

**AVISO IMPORTANTE: Favor de seguir haciendo pagos de prima hasta que se le notifique lo contrario.
(IMPORTANT: Please continue payment of premiums until otherwise notified.)**

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Declaración del empleador
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Employer's Statement)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

6. Información sobre impuestos (Tax Information)

¿Está sujeto el empleado a: (Is this employee subject to)	¿Impuestos por Seguro Social? (Social Security taxes?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Impuestos por Medicare? (Medicare taxes?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Impuestos por seguro de incapacidad del estado? (State Disability taxes?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Impuestos por compensación por desempleo? (Unemployment Compensation taxes?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si está sujeto a impuestos del Seguro Social, ¿cuál es el sueldo a la fecha (del año en curso) del empleado de acuerdo con el Seguro Social?
(If subject to Social Security taxes what are the employee's year to date Social Security wages?) _____

¿Qué porcentaje de la prima por ltd paga el empleado? _____ % con fondos "antes de impuestos".*
(What percentage of the LTD premium does the employee pay) (% with "pre-tax" funds.*)

paga el empleado _____ % con fondos después de impuestos.*
(the employee pay) (% with funds that have been taxed.*)

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

***AVISO IMPORTANTE: Recuerde calcular el porcentaje de aportación de la prima de acuerdo con el reglamento de la Póliza Colectiva del Servicio de Impuestos Internos (irs, por sus siglas en inglés) (promedio de tres años). (*IMPORTANT: Remember to calculate the premium contribution percentage information according to the IRS Group Policy (three year averaging) rule.)**

7. Anexos (Attachments)

Favor de adjuntar las siguientes copias:
(Please attach copies of the following)

<p>a. Descripción de empleo (Job Description)</p> <p>b. Formulario de inscripción o selección para Seguro de Incapacidad de Largo Plazo (Enrollment or Election Form for Long Term Disability Insurance)</p>	<p>c. Documentación de ingresos de otras fuentes (subsidiarios deducibles) (Seguro Social, Compensación de Trabajadores, pers, etc.) (Income From Other Sources (Deductible Benefits) Documents (Social Security, Workers' Compensation, PERS, etc.))</p>
---	---

8. 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 _____ Código postal _____ (State) (ZIP)

<p>Declaración Confirmando que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son verdaderas a mi mejor saber y entender. Declaro que he leído el aviso de fraude pertinente en la página 19 de este formulario.</p>	<p>Acknowledgement I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that I have read the applicable fraud notice on page 19 of this form.</p>
--	---

Firma _____ (Signature)	Fecha _____ (Date)
Elaborado por _____ (Prepared by)	Título _____ (Title)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)	N.º de fax (_____) _____ (Fax No.)

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Aviso de fraude en el formulario de reclamación
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Claim Form Fraud Notices)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida comete un delito y puede hacerse objeto de multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía aseguradora y todo agente de una compañía aseguradora que proporcione a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de defraudarlo o tratar de defraudarlo con respecto de un arreglo o indemnización pagaderos del dinero procedente del seguro deberán ser reportados a la División de Seguros de Colorado, del Departamento de Agencias Regulatorias.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

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

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

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

CALIFORNIA RESIDENTS

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

COLORADO RESIDENTS

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

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

FLORIDA RESIDENTS

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

NEW JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

**Usted Escoge/Opciones para Educadores
Seguro por Incapacidad de Largo Plazo
Aviso de fraude en el formulario de reclamación
(Your Choice/Educator Options
Long Term Disability Insurance
Claim Form Fraud Notices)**

Standard Insurance Company

Employee Benefits Department 855.757.4717 Tel 971.321.8400 Fax
PO Box 2800 Portland OR 97208

RESIDENTES DE NUEVA YORK

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

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, comete fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual a tal efecto, comete fraude de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles o penales, dependiendo de cada estado. Tal acción puede clasificarse como un delito grave y se le pueden imponer multas cuantiosas.

NEW YORK RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

ALL OTHER RESIDENTS

Some states require us to inform you that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, or other person, files a statement containing false or misleading information concerning any fact material hereto commits a fraudulent insurance act which is subject to civil and/or criminal penalties, depending upon the state. Such actions may be deemed a felony and substantial fines may be imposed.