



Su solicitud para el Beneficio por Desmembramiento Accidental consta de cuatro formularios. Debe llenar todos los espacios en blanco para evitar retrasos en el trámite de su solicitud. Si una sección no es pertinente o si la información no está disponible, debe escribir "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.**

Este paquete de reclamación también puede utilizarse si usted es un dependiente que solicita los beneficios del Seguro por Desmembramiento Accidental.

Los cuatro formularios son:

1. Declaración del empleado

- Responda cada pregunta completamente. Asegúrese de describir por completo su lesión o pérdida y cómo ocurrió su accidente.
- Si es necesario, utilice una hoja adicional para responder todas las preguntas.
- Adjunte fotocopias de todos los registros médicos relacionados con su pérdida.
- Adjunte el Informe del accidente si está disponible.
- Recuerde firmar y fechar su declaración. **Si usted no firma y fecha la declaración, se la devolveremos.**

2. Declaración del empleador

- Este formulario debe ser llenado por su empleador, él se lo enviará por correo a Standard Insurance Company.

3. Autorización para obtener y divulgar información

- Por favor, firme y feche este formulario y adjúntelo a la Declaración del empleado. Al firmar este formulario, podremos obtener la información necesaria sobre usted para determinar su derecho de participación para el Beneficio por Desmembramiento Accidental. La autorización también nos permite divulgar información a una persona determinada. **Si lo solicita, recibirá una copia de la autorización.**

Your application for an Accidental Dismemberment Benefit consists of four forms. Every space should be filled in to avoid delay in processing your application. If a section does not apply, or information is not available, "NA" should be written in the space so we know you did not overlook a particular question. **If a form is received incomplete, it may be returned for completion.**

This claim packet may also be used if you are a Dependent applying for Accidental Dismemberment insurance benefits.

The four forms are:

1. The Employee's Statement

- Answer every question completely. Be sure to completely describe your injury/loss and how your accident occurred.
- Use an additional page, if necessary, to complete all questions.
- Enclose photocopies of all medical records pertaining to your loss.
- Enclose Accident Report if available.
- Remember to sign and date your statement. **An unsigned or undated statement may be returned to you.**

2. The Employer's Statement

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

3. The Authorization to Obtain and Release Information

- Please sign and date this form and attach it to the Employee's Statement. Your signature on this form enables us to obtain the necessary information about you to determine your eligibility for the Accidental Dismemberment benefit. The authorization also allows us to release information to a specific person. **You will receive a copy of the Authorization upon your request.**

4. Declaración del médico tratante

- Usted debe llenar la **Parte 1**.
- Su médico debe llenar las **Partes 2 y 3**. Si usted consultó a más de un médico sobre su pérdida, se debe completar una declaración por cada uno (este formulario puede ser fotocopiado). Su(s) médico(s) deberá(n) enviar el formulario lleno directamente a The Standard.

4. The Attending Physician's Statement

- **Part 1** should be completed by you.
- **Parts 2 & 3** should be completed by your physician. If you have seen more than one physician for your loss, a statement should be completed by each one (this form may be photocopied). Your physician(s) should mail the completed form directly to The Standard.

Es su responsabilidad asegurarse de que todos los formularios necesarios se llenen y se envíen a nuestra oficina. El proceso de su reclamación comenzará cuando recibamos todos los formularios llenos. Si tiene alguna pregunta, nuestra oficina está a su disposición para ayudarle.

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

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

**Desmembramiento Accidental
Declaración del empleado
(Accidental Dismemberment
Employee's Statement)**

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.)

Datos del empleado (Employee Data)

Nombre completo _____ (Full Name)		
Dirección _____ (Street Address)		
Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)		
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	

Llene la sección de Datos del dependiente solo si el dependiente está solicitando beneficios del seguro. (Complete Dependent Data section only if Dependent is applying for insurance benefits.)

Datos del dependiente (Dependent Data)

Nombre completo _____ (Full Name)		
Dirección _____ (Street Address)		
Ciudad _____ (City)	Estado _____ (State)	Código postal _____ (ZIP)
N.º de teléfono (_____) _____ (Phone No.)		
Fecha de nacimiento _____ (Birthdate)	N.º de Seguro Social _____ (Social Security No.)	

Datos del accidente (Accident Data)

Fecha del accidente _____ (Date of Accident)	Ciudad y estado donde ocurrió el accidente _____ (City and State Accident Occurred in)
¿Cuáles fueron las lesiones o pérdidas que usted sufrió? (What injuries/losses were sustained?)	
Describe como ocurrió el accidente. (Describe how accident occurred.)	

Información médica (Medical)

Describa su estado médico actual e indique cualquier cambio.
 (Describe your present medical condition and indicate any changes.)

*Por favor, enumere todos los médicos que le han tratado por esta lesión o pérdida.
 (Please list all physicians who have treated you for this injury/loss.)*

Nombre _____ Dirección _____
 (Name) (Address)

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

Nombre _____ Dirección _____
 (Name) (Address)

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

¿Ha tenido alguna hospitalización o cirugía como consecuencia del accidente? *Si la respuesta es sí, por favor, indique.*
 (Have you had any hospitalizations or surgeries as a result of the accident? *If so, please indicate.*)

Nombre del hospital _____ Dirección _____
 (Hospital Name) (Address)

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

Del _____ Al _____
 (From) (To)

Del _____ Al _____
 (From) (To)

*Por favor, adjunte fotocopias de los registros médicos pertinentes. También debe incluir una copia de la factura del hospital si solicita el Beneficio de hospitalización.
 (Please enclose photocopies of pertinent medical records. Also, include a copy of the hospital bill if claiming the Hospital Confinement Benefit.)*

Firma (Signature)

Certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Afirmo que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 5 de este formulario.
 (I certify the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge I have read the fraud notice on page 5 of this form.)

Firma _____ Fecha _____
 (Signature) (Date)

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información:

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

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.

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA Y TEXAS

Para su protección, 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 una prisión estatal.

CALIFORNIA AND TEXAS RESIDENTS

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

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, 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.

COLORADO RESIDENTS

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

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: es 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.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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.

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 HAMPSHIRE

Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a un proceso judicial y sancionatorio por fraude de seguros, según lo estipulado en los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated (RSA, por sus siglas en inglés)) 638:20.

NEW HAMPSHIRE RESIDENTS

Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Cualquier persona que, a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

RESIDENTES DE NEW MEXICO

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficios, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

RESIDENTES DE NEW YORK

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

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen 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 MEXICO RESIDENTS

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

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.)

Datos del empleado (Employee Information)

Nombre completo _____
(Full Name)

Fecha de contratación o de afiliación a la asociación (*sindicato u otro*) _____
(Date of employment or association membership (*union or other*)))

Fecha de entrada en vigencia del seguro del empleado _____
(Date employee's insurance became effective)

Situación del empleado: ¿Estaba trabajando? Sí No
(Employee's Status:) (Actively at Work?)

Número de horas trabajadas a la semana _____ Último día de trabajo _____
(Number of Hours Worked per Week) (Last Day of Work)

¿El empleado ha sido despedido? Sí No Fecha de despido _____
(Is employee now terminated?) (Date of termination)

Motivo _____
(Reason)

Proporcione a continuación el nombre y el número de Seguro Social del dependiente solo si el dependiente está solicitando beneficios del seguro.
(Provide Dependent name and Social Security No. below only if Dependent is applying for insurance benefits.)

Nombre del dependiente _____ N.º de Seguro Social del dependiente _____
(Dependent's Name) (Dependent's Social Security No.)

Cantidad del seguro (Amount of Insurance)

¿Tiene el empleado Seguro de Vida Colectivo bajo más de un número de póliza? Sí No
(Does employee have group Life Insurance under more than one policy number?)

Si la respuesta es sí, indique todos los números de póliza _____
(If yes, list all policy numbers)

Cantidad del Seguro de Vida Básico del miembro \$ _____
(Amount of Member's Basic Life Insurance)

Cantidad del Seguro de Vida Extra del miembro \$ _____
(Amount of Member's Additional Life Insurance)

Cantidad del Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento del miembro \$ _____
(Amount of Member's Accidental Death & Dismemberment Insurance)

Cantidad del Seguro de Vida para el Dependiente \$ _____
(Amount of Dependent Life Insurance)

Cantidad del Seguro de Vida Extra para el Dependiente \$ _____
(Amount of Additional Dependent Life Insurance)

Cantidad del Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento para el Dependiente \$ _____
(Amount of Dependent Accidental Death and Dismemberment Insurance)

Si el Seguro de Vida se basa en los ingresos del miembro, marque la casilla correspondiente y escriba la cantidad del salario.
(If life insurance is based on Member's earnings, please check appropriate box and fill in the amount of salary.)

<input type="checkbox"/> Ingresos básicos mensuales (Basic Monthly Earnings)	Tarifa mensual \$ _____ (Monthly Rate)
<input type="checkbox"/> Ingresos básicos anuales (Basic Yearly Earnings)	Tarifa anual \$ _____ (Annual Rate)
<input type="checkbox"/> Ingresos básicos por contrato (Basic Contract Earnings)	Cantidad del contrato \$ _____ Duración del contrato _____ (Contract Amount) (Length of Contract)
<input type="checkbox"/> Ingresos básicos semanales (Basic Weekly Earnings)	Tarifa semanal \$ _____ (Weekly Rate)
<input type="checkbox"/> Ingresos básicos por hora (Basic Hourly Earnings)	Tarifa por hora \$ _____ (Hourly Rate)

Comisiones. *Por favor, adjunte la lista de las comisiones pagadas en cada uno de los últimos 12 meses.*
(Commissions. *Please attach list of commissions paid for each of last 12 months.*)

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

**Desmembramiento Accidental
Declaración del empleador
(Accidental Dismemberment
Employer's Statement)**

Clase de seguro. *Consulte la lista de beneficios de la póliza.* _____
 (Insurance Class. *Refer to policy schedule of benefits.*)

Cantidad de beneficios solicitados \$ _____
 (Amount of benefit being claimed \$)

Fecha del último aumento de salario o beneficios _____
 (Date of last increase in earnings or benefit?)

Ingresos antes del aumento \$ _____ por _____
 (Earnings Prior to Increase \$) (per)

Primas (Premiums)

Indique el último mes en que pagó la prima _____
 (Please advise last month premiums paid)

Representante del empleador que llena este formulario (Employer Representative Completing this Form)

Empleador _____
 (Employer)

Dirección _____
 (Address)

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

N.º de teléfono (_____) _____ N.º de póliza _____
 (Phone No.) (Policy No.)

Firma (Signature)

Certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Afirmo que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 9 de este formulario.
 (I certify the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge I have read the fraud notice on page 9 of this form.)

Firma _____ Puesto _____ Fecha _____
 (Signature) (Title) (Date)

Por favor, adjunte copias de todas las tarjetas de inscripción. (Please attach copies of all enrollment cards.)

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información:

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

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.

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA Y TEXAS

Para su protección, 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 una prisión estatal.

CALIFORNIA AND TEXAS RESIDENTS

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

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, 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.

COLORADO RESIDENTS

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

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: es 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.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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.

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 HAMPSHIRE

Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a un proceso judicial y sancionatorio por fraude de seguros, según lo estipulado en los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated (RSA, por sus siglas en inglés)) 638:20.

NEW HAMPSHIRE RESIDENTS

Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Cualquier persona que, a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

RESIDENTES DE NEW MEXICO

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficios, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

RESIDENTES DE NEW YORK

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

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen 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 MEXICO RESIDENTS

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

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 otra instalación médica o asociación relacionada con la medicina.
- 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 alcoholismo y drogadicción.

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, fechas de entrada en vigencia y cancelación, aportaciones al plan o programa, etc.

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)

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 entregar y divulgar toda mi historia clínica sin reservas.
 - Entiendo que cada una de Las Compañías y el Administrador de ausencias reunirán mi información solo si están administrando o tomando una decisión sobre mi reclamación o mis reclamaciones de incapacidad o de licencia de ausencia, y usarán la información para decidir si tengo derecho a 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(n) o cierre(n) mi(s) reclamación(es) de subsidios o licencia de ausencia.
 - Entiendo que, mientras están llevando a cabo los procesos de su negocio, Las Compañías y el Administrador de ausencias pueden proporcionar a terceros alguna información acerca de mí. Pueden divulgar información a una reaseguradora, a un administrador 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.
- 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.

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

La información que Las Compañías y el Administrador de ausencias retengan y divulguen puede no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad 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.
- Afirmo que he leído esta autorización y el aviso correspondiente a New Mexico que aparece en la página 14. Una fotocopia o un fax de esta autorización es tan válido como el documento original, y se me proporcionará una copia si la solicito.

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 14. 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/representante _____ Fecha _____
(Signature of Claimant/Representative) (Date)

Si la firma pertenece 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)

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.

PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

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.

El formulario de autorización le permite a Standard Insurance Company obtener información personal 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 entrará 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.

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.

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 corriamos, 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.

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.

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

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.

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 1. Para que lo llene el paciente (Part 1. To Be Completed By Patient)

Nombre completo (Full Name) _____ **N.º de póliza (Policy No.)** _____

Dirección (Address) _____

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

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

A médicos, hospitales y otras instituciones: por medio de este formulario (o de una fotocopia del mismo) autorizo a Standard Insurance Company, Portland, Oregon, a dar cualquier información que tenga sobre mi historial médico y mi estado físico.
 (To Physicians and Hospitals and Other Institutions: I hereby authorize you by this form (or by photographic copy hereof) to give Standard Insurance Company, Portland, Oregon, any information you have regarding my medical history and physical condition.)

Firma (Signature)
 Certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Afirmo que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 19 de este formulario. (I certify the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge I have read the fraud notice on page 19 of this form.)

Firma (Signature) _____ **Fecha (Date)** _____

Parte 2. To Be Completed By Physician (Part 2. Para que lo llene el médico)

Diagnosis (Diagnóstico) _____

History. Please describe how accident occurred, please attach physician notes, operative reports if available.
 (Historial. Por favor, describa cómo sucedió el accidente, adjunte las notas del médico, los informes quirúrgicos si están disponibles.)

If amputation occurred, please describe (Si le hicieron una amputación, favor de describa) _____

On what date did amputation take place? _____
 (¿En qué fecha le hicieron la amputación?)

Condition: Regressed Unimproved Improved Recovered
 (Estado) (Empeorado) (Sin mejorar) (Mejorado) (Recuperado)

If patient is in a coma, please complete the following:
 (Si el paciente está en coma, por favor llene lo siguiente)

Date coma began: _____ Has patient been in a continuous coma? Sí No
 (Fecha en que comenzó el coma) (¿El paciente ha estado en coma continuo?)

Duration of coma: _____
 (Duración del coma)

For brain damage within 30 days of a covered accidental injury, please complete the following:
(Para los daños cerebrales que se produzcan en los 30 días siguientes a una lesión accidental cubierta, llene lo siguiente)

Was the individual hospitalized due to a brain injury for at least 5 days? Sí No
(¿La persona estuvo hospitalizada debido a una lesión cerebral durante al menos 5 días?)

Did the individual have a Glasgow Coma Scale score of 8 or less? Sí No
(¿La persona tenía una puntuación de la Escala de Coma de Glasgow de 8 o menos?)

Has the brain injury lasted at least 12 months? Sí No
(¿La lesión cerebral ha durado al menos 12 meses?)

Is the individual unable to work in any occupation? Sí No
(¿La persona no puede trabajar en cualquier profesión?)

If loss of sight, please complete the following: (Si perdió la vista, por favor llene lo siguiente)

Is insured totally blind? _____ Was eye enucleated? _____
(¿El asegurado está totalmente ciego?) (¿El ojo fue enucleado?)

If not, please describe the extent of visual field loss (Si la respuesta es no, describa el grado de pérdida del campo visual) _____

If not totally blind, what was vision at last observation?
(Si no está totalmente ciego, ¿cuál fue el grado visual durante su último examen?)

With Glasses: (Con anteojos)	Left _____ (Izquierda)	Right _____ (Derecho)	Date _____ (Fecha)
Without Glasses: (Sin anteojos)	Left _____ (Izquierda)	Right _____ (Derecho)	Date _____ (Fecha)

Can vision be improved by treatment, operation or lenses? Sí No
(¿La vista puede mejorar con un tratamiento, una cirugía o lentes?)

If so, please explain (Si la respuesta es sí, por favor, explique) _____

Hospital Confinement (Hospitalización)

Hospital Name _____
(Nombre del hospital)

Admitted _____ Discharged _____ Was confinement continuous? Sí No
(Ingresado) (Dado de alta) (¿La hospitalización fue continua?)

Other Physicians: Names and addresses of other treating or referring physicians
(Otros médicos: nombres y direcciones de los otros médicos tratantes o a quienes el paciente ha sido remitido)

Standard Insurance Company

Life Benefits Department
PO Box 2800 Portland OR 97208 800.628.8600 Tel

Part 3. Physician Completing This Form (Parte 3. Médico que llena este formulario)

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

Address _____
(Dirección)

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

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

Firma (Signature)

I certify the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge I have read the fraud notice on page 19 of this form.

(Certifico que las respuestas que he proporcionado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi leal saber y entender. Afirmo que he leído el aviso de fraude que se encuentra en la página 19 de este formulario.)

Firma _____ Fecha _____
(Signature) (Date)

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

Algunos estados requieren que le proporcionemos la siguiente información:

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

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.

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

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

RESIDENTES DE CALIFORNIA Y TEXAS

Para su protección, 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 una prisión estatal.

CALIFORNIA AND TEXAS RESIDENTS

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

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, 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.

COLORADO RESIDENTS

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

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: es 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.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

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

RESIDENTES DE FLORIDA

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.

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 HAMPSHIRE

Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a un proceso judicial y sancionatorio por fraude de seguros, según lo estipulado en los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated (RSA, por sus siglas en inglés)) 638:20.

NEW HAMPSHIRE RESIDENTS

Any person who, with a purpose to injure, defraud, or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud, as provided in RSA 638:20.

Avisos de fraude en el formulario de reclamación (Claim Form Fraud Notices)

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Cualquier persona que, a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

RESIDENTES DE NEW MEXICO

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficios, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

RESIDENTES DE NEW YORK

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

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen 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 MEXICO RESIDENTS

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