

Si no puede proporcionar una firma manuscrita debido a las limitaciones técnicas por la pandemia de la COVID-19, Guardian aceptará un nombre impreso/mecanografiado en lugar de su firma de forma provisoria. Debe marcar la casilla debajo de cada renglón de firma para certificar que entiende que su nombre impreso/mecanografiado tiene la misma validez y vigencia que su firma.

Para **agilizar** el servicio:

1. Complete este formulario en línea
2. Escriba su nombre en letra de imprenta y fírmelo físicamente o utilice la posibilidad provisoria de imprimir/mecanografiar su nombre en el renglón de firma.
3. Guarde en su computadora el formulario completado
4. Regrese a la página de presentación de reclamos
5. Haga clic en el botón Secure Channel Claim Submission (Presentación de reclamos en canal seguro) y siga las indicaciones

Para **enviar este formulario por correo postal:**

Guardian Group Long Term Disability Claims
PO Box 14333 Lexington KY 40512

Para **enviar el formulario por fax:**

(610)-807-8221

Servicio al Cliente:

1-800-538-4583

SECCIÓN 1: DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

La debe completar el empleado/miembro (Asegúrese de responder **TODAS** las preguntas, de lo contrario podría demorar la revisión de su reclamo)

INFORMACIÓN SOBRE USTED

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Identificación del miembro
---------------	----------------------------	----------	----------------------------

Dirección de residencia	Ciudad	Estado	Código postal	Número de Seguro Social
-------------------------	--------	--------	---------------	-------------------------

N.º de teléfono	N.º de celular o n.º alternativo	Dirección de correo electrónico
-----------------	----------------------------------	---------------------------------

Fecha de nacimiento (mes, día, año) : _____ / _____ / _____

Hombre Individual Viudo
 Mujer Casado Divorciado
 Otra unión legal

Su empleador: _____ N.º de póliza grupal: _____ Ocupación: _____

Indique su nivel de educación formal (encierre una opción con un círculo). Esta información se necesita para evaluar el potencial de reincorporación al trabajo.

Nivel de educación completado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Diploma: Sí No GED: Sí No

Escuela vocacional o de oficios: 1 2 3 4 Especialidad: _____ Certificado o diploma obtenido Sí No

Universidad: 1 2 3 4 Título: _____ Maestrías: Sí No Doctorado: Sí No

Especialidades _____

Describa brevemente su experiencia laboral de los últimos 20 años o adjunte su currículum vitae. (Comience con su trabajo más reciente).

Puesto	Deberes	Antigüedad
(a)		
(b)		
(c)		
(d)		

Nombre del cónyuge	Apellido	Fecha de nacimiento (mes, día, año)
--------------------	----------	-------------------------------------

¿Nos autoriza a hablar con otra persona que no sea usted con respecto a su reclamo? Sí No Si la respuesta es "sí", proporcione el nombre, la relación y el n.º de teléfono a continuación:

Nombre	Relación	N.º de teléfono
--------	----------	-----------------

¿Tiene algún hijo dependiente? Sí No Si la respuesta es "sí", proporcione el nombre y la fecha de nacimiento de cada hijo:

¿Tiene algún poder duradero designado para la administración de sus asuntos financieros? Sí No Si la respuesta es "sí", adjunte una copia.

INFORMACIÓN SOBRE SU PRESUNTA DISCAPACIDAD

Proporcione la fecha en la que por primera vez no pudo cumplir con su horario de trabajo habitual como consecuencia de su afección: ____/____/____ ¿Cuántas horas trabajó ese día? _____

Desde esa fecha, ¿ha podido realizar algún trabajo? Sí No Si la respuesta es "sí", indique las fechas trabajadas, el nombre del empleador y el monto ganado:

Antes de que dejara de trabajar, ¿tuvo que cambiar de trabajo o la forma en que lo realizaba debido a su afección? Sí No Si la respuesta es "sí", explique:

¿Qué tareas laborales no puede realizar como consecuencia de su afección y por qué?

Si no ha regresado a trabajar, ¿espera poder hacerlo? Sí No No lo sabe Si la respuesta es "sí", Tiempo parcial (fecha) ____/____/____
Tiempo completo
(fecha) ____/____/____. ¿Le interesaría recibir servicios de rehabilitación vocacional para ayudarlo en su regreso al trabajo? Sí No

¿Cuál es o cuáles son las afecciones que le provocan una discapacidad?

¿Cuáles fueron sus primeros síntomas?

¿Cuándo notó por primera vez los síntomas? _____ ¿Padeció esta afección con anterioridad? Sí No
Si la respuesta es "sí", ¿cuándo?

Junto a cada actividad de la vida diaria (ADL) que se detalla a continuación, coloque el número que mejor refleje su capacidad o incapacidad de realizar cada actividad:

1 = Puedo realizar esta actividad de forma independiente.
2 = Puedo realizar esta actividad con ayuda de dispositivos de adaptación o equipos.
3 = No puedo realizar esta actividad.

<input type="checkbox"/> Bañarse (en una tina, ducha o con una esponja)	<input type="checkbox"/> Trasladarse de la cama a una silla
<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Controlar voluntariamente esfínteres o mantener un nivel razonable de higiene personal
<input type="checkbox"/> Usar el inodoro	<input type="checkbox"/> Alimentarse con comida que le prepararon y le dejaron a su disposición

¿Ha sufrido un deterioro cognitivo grave que no le permita realizar tareas normales, como usar el teléfono, administrar dinero o medicamentos? Sí No Si la respuesta es "sí", descríballo:

Fecha en la que un médico le atendió por primera vez para tratar la afección por la cual alega una discapacidad: ____/____/____

Nombre del médico	N.º de teléfono del médico
-------------------	----------------------------

¿Su afección está relacionada con su empleo? Sí No Si la respuesta es "sí", explique:

¿Ha presentado o tiene intenciones de presentar un Reclamo de Compensación del trabajador? Sí No Si la respuesta es sí, adjunte una copia de la adjudicación o la negación.

Si su discapacidad fue ocasionada por un accidente, responda las siguientes preguntas:

¿Cuándo, dónde y cómo se produjo el accidente?

Si se presentó una denuncia policial, adjunte una copia de esta. ¿Tiene intenciones de presentar una demanda por este accidente? Sí No Si la respuesta es "sí", proporcione el nombre, la dirección y el n.º de teléfono del abogado:

INFORMACIÓN SOBRE SU ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

Nombre del médico de la familia	Especialidad		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono	N.º de fax	Fechas de las visitas: Del ____/____/____ al ____/____/____	

Enumere al resto de los médicos, farmacias y hospitales que haya visitado para tratar su afección (adjunte una hoja separada, si es necesario)

Nombre del médico		Especialidad	
Dirección		Ciudad	Estado
		Código postal	
N.º de teléfono	N.º de fax	Fechas de las visitas: Del ____/____/____ al ____/____/____	
Nombre del médico		Especialidad	
Dirección		Ciudad	Estado
		Código postal	
N.º de teléfono	N.º de fax	Fechas de las visitas: Del ____/____/____ al ____/____/____	
Nombre de la farmacia		N.º de teléfono N.º de fax	N.º de fax
Dirección		Ciudad	Estado
		Código postal	
Nombre del hospital		Fechas de hospitalización: Del ____/____/____ al ____/____/____	
Dirección		Ciudad	Estado
		Código postal	

OTROS INGRESOS/BENEFICIOS

Complete las siguientes secciones para detallar cualquier otro ingreso/beneficio que haya recibido/esté recibiendo, o que sea elegible para recibir durante su discapacidad. Adjunte una copia de la carta de adjudicación.

Fuente de ingreso	Monto (semana/mes)	Fecha en que se presentó el reclamo	Fecha en que comenzaron los pagos	Fecha en que comenzaron los pagos
Continuación del salario o pago por enfermedad	\$ _____	N/D	_____	_____
Ganancias laborales durante la discapacidad	\$ _____	N/D	_____	_____
Beneficios estatales por discapacidad	\$ _____	_____	_____	_____
Seguro por discapacidad a corto plazo	\$ _____	_____	_____	_____
Compensación de los trabajadores	\$ _____	_____	_____	_____
Seguro sin atribución de culpabilidad	\$ _____	_____	_____	_____
Beneficio por discapacidad del Seguro Social	\$ _____	_____	_____	_____
Beneficio de jubilación del Seguro Social	\$ _____	_____	_____	_____
Pensión/discapacidad	\$ _____	_____	_____	_____
Pensión/jubilación	\$ _____	_____	_____	_____
Desempleo	\$ _____	_____	_____	_____
Otro _____	\$ _____	_____	_____	_____

Comuníquese con nosotros de inmediato si se modifica alguna de las fuentes de ingresos anteriores.

INFORMACIÓN SOBRE LA RETENCIÓN FISCAL

La ley federal nos exige retener el impuesto a las ganancias de su cheque solo si usted nos pide que lo hagamos. También debemos enviarle un informe a su empleador al final de cada año calendario en el que figuren su nombre, el monto total de beneficios que se le pagaron a usted, el monto total retenido, si hay alguno, y su número de seguro social. Si desea que apliquemos la retención de impuestos, indique en el siguiente renglón el monto en dólares entero o el porcentaje que se retendrá por mes. (Mínimo de \$20.00).

\$ _____ .00 o _____ %

NOTIFICACIÓN DE FRAUDE

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un reclamo con cualquier información pertinente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a ella, o bien cometa un acto fraudulento contra la industria de seguros, situación que representa un delito, puede estar sujeta a penalidades civiles o a la prohibición de los beneficios del seguro.

Las leyes de New York establecen la siguiente declaración: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un reclamo con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito, y también puede estar sujeta a sanciones civiles que no superarán los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.

x _____ Fecha ____ / ____ / ____

No puedo proporcionar una firma debido a la pandemia de la COVID-19. Entiendo que mi nombre impreso tiene la misma validez y vigencia que mi firma.

Declaraciones de advertencia de fraude

Las leyes de varios estados requieren que aparezcan las siguientes declaraciones en el formulario de reclamo:

Alabama: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de compensación o reclusión en prisión, o una combinación de ambas.

Alaska: Una persona que, a sabiendas y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

Arkansas, West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas e intencionadamente, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Arizona: Para protegerlo, la ley de Arizona exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

California: Para protegerlo, la ley de California exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o reclamante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera de los fondos del seguro debe ser denunciado ante la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Connecticut, Iowa, Nebraska y Oregon: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un reclamo con información

considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos puede ser culpable de un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito, y también puede estar sujeta a sanciones civiles.

Delaware, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a una aseguradora, presente un reclamo para obtener un reintegro de una póliza de seguros con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

District of Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía o a cualquier otra persona. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede rechazar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada considerablemente con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en la modalidad de tercer grado.

Idaho: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Kansas: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un reclamo con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos puede ser culpable de fraude de seguros, según lo determine un tribunal de justicia.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente un reclamo con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dicho documento comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito.

Louisiana y Texas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

New Mexico: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales o a la denegación de los beneficios del seguro.

Maine, Tennessee y Washington: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas o denegación del beneficio del seguro.

Maryland: Cualquier persona que, a sabiendas o intencionadamente, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Minnesota: Una persona que presente un reclamo con la intención de estafar o ayudar a cometer un fraude en contra de una compañía de seguros es culpable de un delito.

New Hampshire: Cualquier persona que, con intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa puede ser demandada y castigada por fraude contra dicha compañía, como se establece en N.H. Rev. Stat. Ann. § 638:20.

New Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo con información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

New York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un reclamo con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito, y también puede estar sujeta a sanciones civiles que no superarán los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.

Ohio: Cualquier persona que intente estafar o que estuviera, a sabiendas, facilitando un fraude contra una aseguradora, que envíe una solicitud o presente un reclamo con una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un reclamo con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito y puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Rhode Island: Cualquier persona que, a sabiendas e intencionadamente, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Vermont: Es un delito que cualquier persona, a sabiendas, proporcione información considerablemente falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a la compañía; que cualquier persona proporcione información considerablemente falsa, incompleta o engañosa con respecto a la venta de seguro o al estado de una aseguradora; o que cualquier persona malverse los fondos de un asegurado o de un solicitante de seguro. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

Virginia: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

Nombre del asegurado (el "Asegurado")

Número de póliza)

Dirección del asegurado

Fecha de nacimiento

Permiso para obtener y divulgar información

Yo, el que suscribe, AUTORIZO a cualquier médico, profesional médico o de salud mental, hospital, clínica, centro de atención médica, u otro centro médico o relacionado a nivel médico, proveedor de atención médica, farmacia, administrador de beneficios farmacéuticos, terapeuta, administrador del plan de beneficios, socio comercial, aseguradora o reaseguradora, agencia de informe de crédito sujeta a la Ley de Informes de Crédito Justos (Fair Credit Reporting Act), organización de servicios de apoyo del seguro, agente de seguros, empleador, institución financiera, agencia gubernamental, incluidas la Administración del Seguro Social, la Administración de Asuntos de Veteranos o cualquier otra organización o persona que tenga algún conocimiento del Asegurado o de su salud, a brindar cualquier información que posean sobre el Asegurado a The Guardian Life Insurance Company of America ("Guardian") o a sus empleados y agentes, o sus representantes o terceros autorizados. La información incluye, entre otros, la información médica sobre la causa, el tratamiento, el diagnóstico, el pronóstico, las consultas, los exámenes, las pruebas o las recetas con respecto a la afección mental o física del Asegurado o el tratamiento del asegurado. Esta información puede incluir, entre otros, la infección del VIH, cualquier trastorno del sistema inmunitario, incluido el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) enfermedad mental, o consumo de alcohol o drogas. Esta información incluye también información que no sea médica relacionada con el Asegurado, la ocupación del asegurado, antecedentes laborales, antecedentes de conducción, ingresos o finanzas o información que de otro modo se necesite para determinar los beneficios del reclamo de la póliza a los que tenga derecho el asegurado.

Yo, el que suscribe, COMPRENDO que esta autorización es parte del requisito de Prueba de pérdida que incluye la póliza y que si la revoco o no firmo esta autorización o altero su contenido de alguna manera, podría afectar el procesamiento del reclamo del Asegurado, incluida la negación de beneficios en virtud de la póliza del asegurado. Guardian no divulgará ninguna información que se obtenga a ninguna persona u organización, salvo a filiales (incluidas, entre otras, Berkshire Life Insurance Company of America); compañías de reaseguros; otras personas (incluidas, entre otras, el proveedor médico que atiende al Asegurado), u organizaciones de servicio de apoyo del seguro que realicen negocios o servicios legales en relación con el reclamo o solicitud de seguro del asegurado; o bien, según lo exija la ley o según lo autorice yo. La información que se divulgue de acuerdo con esta autorización ya no estará amparada por las normas de privacidad federales y podría divulgarse nuevamente de acuerdo con esta autorización, o de otro modo según lo exija o permita la ley.

Yo, el que suscribe, COMPRENDO que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento y que para hacerlo debo enviar una solicitud de revocación por escrito a Guardian a PO Box 14333, Lexington, KY 40512. Entiendo que la revocación no se aplicará en la medida en que Guardian ya haya actuado conforme a esta autorización, o en la medida en que la compañía tenga el derecho legal de impugnar un reclamo en virtud de una póliza de seguro o de impugnar la póliza misma.

Yo, el que suscribe, COMPRENDO que algunos estados exigen que tenga presente lo siguiente: "Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente un reclamo con cualquier información pertinente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a esta, podría estar cometiendo un acto fraudulento contra la industria de seguros, situación que representa un delito y que está sujeta a un proceso penal, penalidad civil importante y el valor declarado del reclamo por cada violación".

Yo, el que suscribe, ACEPTO que Guardian pueda utilizar la información que se obtenga con esta autorización para determinar la elegibilidad para recibir los beneficios en virtud de la póliza del Asegurado. Una fotocopia de este formulario tiene la misma validez que el original y yo podría solicitar una. Este formulario tiene una vigencia de hasta 24 meses (12 meses en Kansas) a partir de la fecha que se muestra a continuación.

Yo, el que suscribe, AUTORIZO a la Administración del Seguro Social a divulgar información o registros sobre _____ (el asegurado) a Guardian, o a sus representantes o terceros autorizados. Esta información se divulgará con el fin de adjudicar debidamente el reclamo del Asegurado o continuar la elegibilidad del asegurado para obtener los beneficios. Informe los ingresos detallados durante los últimos diez años y/o un registro resumido de los ingresos totales y/o información de los registros de beneficios principales con respecto a adjudicaciones, negaciones o continuación de beneficios. Declaro que todas las respuestas y declaraciones que haya realizado y toda la información que haya proporcionado, o que se obtenga por mis indicaciones, en relación con este reclamo han sido y son completas y verdaderas.

Firma de autorización _____ **Fecha** _____

Relación o autoridad, si no es el Asegurado _____