



Reclamo por discapacidad a corto plazo de grupo

Los documentos se pueden enviar electrónicamente en www.guardianlife.com/forms. Seleccione la opción "Benefits through work" (Beneficios a través del empleo) y haga clic en el enlace "Secure Channel" (Canal seguro) para enviar su información privada. O, puede completar el formulario y enviarlo por fax a (610) 807-8270 o por correo electrónico a group_std_claims@glic.com. También puede enviar a: Group STD Claims, P.O. Box 14331, Lexington, KY 40512
Línea gratuita de Servicio al cliente: 1-800-268-2525

SECCIÓN PARA EL EMPLEADO: ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y COMPLETE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESAMIENTO

1. NOMBRE DEL EMPLEADO		2. NÚMERO DEL PLAN		3. NOMBRE DEL EMPLEADOR	
4. DIRECCIÓN POSTAL RESIDENCIAL DEL EMPLEADO			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
6. CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADO					5. NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADO (____) _____
8. FECHA DE NACIMIENTO		9. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	10. <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	11. <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARACIÓN LEGAL <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	
13. ¿LA DISCAPACIDAD SE DEBE A SU EMPLEO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿PRESENTÓ UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			12. CANTIDAD DE DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS		
14. ¿LA DISCAPACIDAD SE DEBE A UN ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿PIENSA PRESENTAR UNA DEMANDA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			15. SI RESPONDÍ "SÍ" A LA PREGUNTA (13) O (14), PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN FECHA DEL ACCIDENTE HORA LUGAR DETALLES DEL ACCIDENTE		
16. FECHA EN QUE APARECIERON LOS SÍNTOMAS POR PRIMERA VEZ			17. FECHA DE RÉGRESO AL TRABAJO <input type="checkbox"/> REAL <input type="checkbox"/> POSIBLE		
18. ¿REÚNE LOS REQUISITOS PARA RECIBIR OTRO INGRESO (SEGURO SOCIAL, COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES, BENEFICIOS ESTATALES POR DISCAPACIDAD, LICENCIA FAMILIAR PAGADA, DESEMPLEO, PENSIÓN, BENEFICIOS DE SEGUROS SIN ATRIBUCIÓN DE CULPABILIDAD, PLANES DE DISCAPACIDAD INDIVIDUALES/DE ASOCIACIONES Y CONTINUACIÓN DEL SALARIO O BENEFICIOS DE LICENCIA POR ENFERMEDAD, ETC.)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ADJUNTE UNA COPIA DE LA CARTA DE INDEMNIZACIÓN O PROPORCIONE EL TIPO DE BENEFICIOS, LA CANTIDAD, LA FRECUENCIA, EL NÚMERO DE TELÉFONO Y EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA FUENTE (ADJUNTE UNA HOJA POR SEPARADO SI ES NECESARIO)					
19. SI SE APRUEBA SU SOLICITUD DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y SU BENEFICIO ESTÁ SUJETO A IMPUESTOS, PROPORCIONE EL MONTO QUE DESEA QUE RETENGAMOS POR SEMANA PARA EL IMPUESTO FEDERAL SOBRE EL INGRESO (DEBE SER UN NÚMERO ENTERO EN DÓLARES DE \$20, COMO MÍNIMO, POR SEMANA Y NO PUEDE REDUCIR EL BENEFICIO A MENOS DE \$10). \$ _____ O _____ % TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: CIERTOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD SON CONSIDERADOS SALARIOS SUPLEMENTARIOS POR EL IRS (CONSULTE LA PUBLICACIÓN 15A DEL IRS). SI SE DETERMINA QUE SU BENEFICIO POR DISCAPACIDAD CUMPLE CON ESTOS REQUISITOS, SE REQUIERE UNA RETENCIÓN OBLIGATORIA DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA (22 %). SI SU RECLAMO ES PAGADERO, GUARDIAN LE INFORMARÁ AL MOMENTO DEL PAGO SI ESTA RETENCIÓN OBLIGATORIA SE APLICA A SUS PAGOS DE BENEFICIOS.					
20. Toda 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 cualquier 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. En New York, la persona también podrá estar sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de las violaciones". *Tenga en cuenta: Su número de Seguro Social es necesario para la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). No se utilizará ni divulgará su número de Seguro Social a ninguna persona para ningún otro fin y no se guardará en ningún registro que no esté relacionado con el reclamo".					

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: SE DEBE COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN DE HIPAA ADJUNTA

FIRMA DEL EMPLEADO _____ FECHA _____

SECCIÓN PARA EL MÉDICO: COMPLETE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y DEVUÉLVALO PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESAMIENTO

1. DIAGNÓSTICO(S)		2. CÓDIGO(S) CIE-10	
3. ¿LA DISCAPACIDAD DEL PACIENTE SE DEBE A: A) EMPLEO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO B) ACCIDENTE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO C) EMBARAZO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
4. SI LA DISCAPACIDAD SE DEBE A UN EMBARAZO, INDIQUE LA FECHA DE PARTO		ESTIMACIÓN ____/____/____ (SI NO HUBO PARTO)	
INDIQUE EL TIPO DE PARTO <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/> PARTOS MÚLTIPLES		REAL ____/____/____	
5. FECHA EN QUE APARECIERON LOS SÍNTOMAS POR PRIMERA VEZ	6. FECHA DE LA PRIMERA VISITA POR ESTA AFECCIÓN	7. A) FECHAS DE TRATAMIENTO PARA ESTA AFECCIÓN	8. ALTURA _____ PESO _____ LIBRAS
9. FECHA EN QUE EL PACIENTE ESTUVO TOTALMENTE DISCAPACITADO (NO PUDO TRABAJAR)	7. B) FECHA DE LA PRÓXIMA CITA DEL PACIENTE		
DESDE ____/____/____ HASTA ____/____/____	____/____/____		
10. SI EL PACIENTE AÚN ESTA DISCAPACITADO, PROPORCIONE LA FECHA DE ALTA ANTICIPADA PARA VOLVER AL TRABAJO ____/____/____		11. FECHA EN QUE EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO (SI CORRESPONDE)	
		DESDE ____/____/____ HASTA ____/____/____	
12. FECHA(S) DE CIRUGÍA: _____ CPT(S)/PROCEDIMIENTO(S) _____			
13. A) ¿APOYARÍA QUE LOS PACIENTES REGRESEN AL TRABAJO DE MANERA LIMITADA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", INDIQUE LAS RESTRICCIONES Y LIMITACIONES QUE SE APLICARÍAN		14. A) ¿EL PACIENTE FUE REMITIDO A USTED POR OTRO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", PROPORCIONE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO	
13. B) DURACIÓN DE LAS RESTRICCIONES MENCIONADAS: _____		14. B) ¿REMITIÓ AL PACIENTE A OTRO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", PROPORCIONE EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO	
15. ¿CREE QUE EL PACIENTE ESTÁ CAPACITADO PARA ENDOSAR CHEQUES Y OCUPARSE DE DISTRIBUIR LOS FONDOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

16. NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA DE IMPRENTA _____ ESPECIALIDAD _____
 DOMICILIO DEL MÉDICO EN LETRA DE IMPRENTA _____ NÚMERO DE TELÉFONO (_____) _____
 NÚMERO DE FAX (_____) _____ - _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ N.º DE IDENT. TRIBUTARIA _____
 FIRMA DEL MÉDICO _____ FECHA _____

GG-011096 Puede presentar reclamos por STD en línea, y verificar el estado del reclamo visitando el sitio web www.guardiananytime.com 12/17

SECCIÓN PARA EL EMPLEADOR: ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y COMPLETE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD (PREGUNTAS 1-25) PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESAMIENTO

1. NOMBRE DEL EMPLEADOR				2. NÚMERO DEL PLAN					
3. DIRECCIÓN DEL EMPLEADO				CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
4. SI ES UNA SUCURSAL O FILIAL, PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA MATRIZ				SEGURO SOCIAL O IDENT. TRIBUTARIA DEL EMPLEADOR				5. FECHA EN LA QUE SE DESPIDIÓ AL EMPLEADO O ESTE RENUNCIÓ	
6. NOMBRE DEL EMPLEADO				7. NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO _____ - _____ - _____				8. FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO _____/_____/_____	
9. CARGO DEL EMPLEADO				10. FECHA DE CONTRATACIÓN _____/_____/_____		11. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA STD DEL EMPLEADO _____/_____/_____		12. CLASE DE SEGURO PARA EMPLEADOS	
13. ÚLTIMO DÍA REAL TRABAJADO _____/_____/_____		14. HORARIO DE TRABAJO NORMAL:				HORAS/SEMANA			
		LUN <input type="checkbox"/> MAR <input type="checkbox"/> MIÉ <input type="checkbox"/> JUE <input type="checkbox"/> VIE <input type="checkbox"/> SÁB <input type="checkbox"/> DOM <input type="checkbox"/>				HORAS/DÍA			
15. HORAS TRABAJADAS EL ÚLTIMO DÍA		16. MOTIVO PARA DEJAR DE TRABAJAR: <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> OTRA: _____							
17. ¿SE PUEDE MODIFICAR EL TRABAJO DEL EMPLEADO PARA PERMITIRLE QUE VUELVA A TRABAJAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> QUIZÁS, DEPENDE DE LAS RESTRICCIONES				18. FECHA EN LA QUE EL EMPLEADO VOLVIÓ AL TRABAJO _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO					
19. SALARIO – PROPORCIONE:				<input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL					
SALARIO BASE DEL EMPLEADO (NO INCLUYA BONOS, HORAS EXTRA O COMISIONES) \$ _____ (INDIQUE LA FRECUENCIA ARRIBA)				<input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL					
BONOS Y COMISIONES TOTALES DEL EMPLEADO EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES (SI CORRESPONDE) \$ _____ DESDE ____/____/_____									
HASTA ____/____/_____									
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL ÚLTIMO CAMBIO EN EL SALARIO DEL EMPLEADO: _____									
SI LA DEFINICIÓN DE INGRESOS BASA EL SALARIO EN EL W-2 DEL AÑO ANTERIOR, ADJUNTE UNA COPIA DEL W-2 DEL AÑO ANTERIOR (SI FUE EMPLEADO EN EL AÑO ANTERIOR) O PROPORCIONE EL SALARIO DEL AÑO HASTA LA FECHA: \$ _____ DESDE ____/____/_____ HASTA ____/____/_____									
20. ¿EL EMPLEADO CONTRIBUYE CON EL PAGO DE SU PRIMA DE SEGURO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ASEGÚRESE DE COMPLETAR LO SIGUIENTE DE MANERA PRECISA Y COMPLETA _____ % PAGADO POR EL EMPLEADO, <input type="checkbox"/> ANTES DE IMPUESTOS <input type="checkbox"/> DESPUÉS DE IMPUESTOS TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE DISCAPACIDAD AUTOFINANCIADOS SON CONSIDERADOS SALARIOS SUPLEMENTARIOS POR EL IRS (CONSULTE LA PUBLICACIÓN 15A DEL IRS). SI SU PLAN DE DISCAPACIDAD ES AUTOFINANCIADO, GUARDIAN DEDUCIRÁ UNA RETENCIÓN OBLIGATORIA DEL IMPUESTO FEDERAL SOBRE LA RENTA DEL 22 % DE LOS CHEQUES DE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD QUE SE EMITAN.				21. PARA OBTENER ASISTENCIA CON LAS OPORTUNIDADES DE PERMANENCIA EN EL TRABAJO, COMUNÍQUESE CON NUESTRO DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL AL 800-233-0691, O PARA RECIBIR UNA LLAMADA DE NUESTRO DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN VOC., PROPORCIONÉENOS LA PERSONA CON LA QUE DESEA QUE NOS COMUNIQUEMOS: NOMBRE: TELÉFONO:					
22. A) ¿ESTÁ DISCAPACIDAD SURTIÓ DE UN TRABAJO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", EXPLIQUE									
B) ¿SE PRESENTÓ UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
23. ¿ESTE EMPLEADO TIENE OTRA COBERTURA GRUPAL A TRAVÉS DE GUARDIAN? <input type="checkbox"/> LTD <input type="checkbox"/> LIFE <input type="checkbox"/> FML <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD ESTATAL/LICENCIA PAGADA N.º DE PLAN ESTATAL _____									
24. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO: complete en su totalidad los siguientes detalles sobre los aspectos físicos del trabajo del reclamante tal como se realizó en un día de trabajo de 8 horas. Adjunte también una descripción de las obligaciones laborales, si están disponibles.									
	NUNCA	EN OCASIONES, DE 0.25 A 2.5 HORAS DIARIAS	CON FRECUENCIA, DE 2.5 A 5.5 HORAS DIARIAS	CONTINUAMENTE, DE 5.5 A 8 HORAS DIARIAS		NUNCA	EN OCASIONES, DE 0.25 A 2.5 HORAS DIARIAS	CON FRECUENCIA, DE 2.5 A 5.5 HORAS DIARIAS	CONTINUAMENTE, DE 5.5 A 8 HORAS DIARIAS
ESTAR SENTADO					CAMINAR				
ESTAR PARADO					CONDUCCION				

LEVANTAR/ TRASLADAR	INDICAR LA CANTIDAD/FRECUENCIA A CONTINUACIÓN			
0-10 LB				
10-20 LB				
20-50 LB				
50-100 LB				
MÁS DE 100 LB				

ALCANZAR ALGO POR ENCIMA DE LOS HOMBROS				
INCLINARSE/ENCOR VARSE				
UTILIZAR LAS MANOS PARA	INDICAR LA ACTIVIDAD/FRECUENCIA A CONTINUACIÓN			
EMPUJAR/TIRAR				
MANIPULACIÓN FINA				
NIVEL DE TENSIÓN <input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> MUY ALTO				

25. CERTIFICO QUE HE LEIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y QUE EL EMPLEADO MENCIONADO ANTERIORMENTE HA SIDO UN EMPLEADO ACTIVO A TIEMPO COMPLETO POR QUIEN SE HAN PAGADO PRIMAS.

FIRMA DEL EMPLEADOR AUTORIZADO _____ FECHA _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA AUTORIZADA _____

CARGO _____ NÚMERO DE TELÉFONO (_____) _____ - _____ EXT _____ NÚMERO DE FAX (_____) _____ - _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

Puede presentar reclamos por STD en línea, y verificar el estado del reclamo visitando el sitio web www.guardiananytime.com

Enviar a la siguiente dirección: Group STD Claims, P.O. Box 14331, Lexington, KY 40512

Servicio al cliente: (800) 268-2525 FAX: (610) 807-8270

Los documentos se pueden enviar electrónicamente en www.guardianlife.com/forms. Seleccione la opción "Benefits through work" (Beneficios a través del empleo) y haga clic en el enlace "Secure Channel" (Canal seguro) para enviar su información privada.

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. En caso de que mi cobertura con Guardian requiera que obtenga los beneficios que ofrece la Administración del Seguro Social, autorizo además a Guardian a divulgar información que se incluya en mi archivo de reclamo a terceros que se especialicen en reclamaciones por discapacidad para el seguro social.

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 P.O. Box 14331, 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 del asegurado (o representante autorizado)

Relación

Fecha

Nombre del asegurado _____

Dirección _____

N.º de reclamo _____

N.º de póliza _____

Fecha de nacimiento _____

GG-013843

(7/16)

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 al rechazo 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.

Autorización e inscripción en pago directo

Para recibir el depósito directo de los pagos de su beneficio por discapacidad a corto plazo (Short Term Disability, STD) en su cuenta corriente o caja de ahorro, incluya toda la información solicitada. Deje que transcurran hasta 10 días hábiles para el procesamiento una vez que se reciba la documentación completada. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, comuníquese con nosotros llamando al (800) 268-2525.

**** Tenga en cuenta que no todos los planes de STD están sujetos a la disponibilidad de depósito directo ****

1. Información del reclamo:

Número de reclamo (si lo conoce): _____ Nombre del reclamante: _____ N.º de grupo: _____

2. **OBLIGATORIO:** Proporcione un cheque, un recibo de depósito o una carta nulos de su institución financiera con los números de ruta y cuenta, y adjunte ese documento a esta solicitud de autorización. Consulte el ejemplo.

Tipo de cuenta: (elegir uno)

Cuenta corriente o Caja de ahorro

Nombre del banco: _____

Número de ruta del banco (n.º ABA): _____

Número de cuenta bancaria: _____



Número de ruta de nueve dígitos	Número de cuenta	No incluir el número de secuencia del cheque
---------------------------------	------------------	--

3. Firme y coloque la fecha en esta autorización:

Autorizo a Guardian Life Insurance Company of America ("Compañía") a depositar cualquier beneficio al que yo tenga derecho directamente en la cuenta del banco que indiqué anteriormente o en la cuenta que el banco o cualquier banco sucesor designe como mi cuenta. También autorizo a la Compañía a debitar de mi cuenta cualquier depósito que se realice por error. También entiendo que el servicio de depósito directo permanecerá en vigencia hasta que notifique a la Compañía por escrito la cancelación o hasta que ya no sea elegible o no se me adeuden pagos, lo que sea primero. **Esta solicitud también se mantendrá en vigencia si mi reclamo de STD se convierte en un reclamo de discapacidad a largo plazo (Long Term Disability, LTD) aprobada, si corresponde.** Entiendo que tengo la posibilidad de consultar mis explicaciones de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) e historial de pago mediante el registro en GuardianAnytime.com.

Marque esta casilla para dejar de recibir las EOB impresas.

Firma del reclamante

Fecha

4. Acuerdo del titular de la cuenta conjunta (marque esta casilla si usted es el único titular de la cuenta)

Entiendo y acepto que los fondos que se depositen después de la fecha de fallecimiento del reclamante y que de otro modo no deban pagarse en virtud del plan deberán devolverse de inmediato a Guardian Life Insurance Company of America.

Firma del titular de la cuenta conjunta

Fecha

5. Utilice cualquiera de los métodos que se describen más abajo para devolver la autorización completada y los documentos adjuntos (si corresponde):

Presentación electrónica (PARA EL PROCESAMIENTO MÁS RÁPIDO):

www.GuardianAnytime.com. Haga clic en "Secure Channel" (Canal seguro) en la página de inicio de Guardian Anytime.

Fax: 610-807-8270

Correo: Guardian Life Insurance Company of America
Group STD Claims
P.O. Box 14331
Lexington, KY 40512

