



Cómo presentar

una reclamación por incapacidad a corto plazo
y/o una solicitud de licencia por teléfono

TeamHealth

Póliza STD #: 45294
930653

Tel: 866-779-1054
Fax: 800-447-2498

De lunes a viernes

8 a.m.

a

8 p.m.

Hora del Este

CUÁNDO INICIAR UNA RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y/O UNA SOLICITUD DE LICENCIA

- Cuando su médico determine que usted no puede trabajar debido a una enfermedad, una lesión o un embarazo.
- Cuando necesite ausentarse del trabajo para cuidar de un familiar que tenga una afección grave.
- Cuando necesite cuidar de un niño bajo las siguientes circunstancias: por nacimiento, por adopción o por colocación en adopción temporal.
- Cuando necesite ausentarse del trabajo con motivo de una urgencia calificada debido al hecho de que su cónyuge, hijo, hija, padre o madre se encuentre en servicio activo cubierto (o haya sido notificado de un llamado u orden urgente para prestar servicio activo cubierto) en las Fuerzas Armadas.
- Cuando usted necesite cuidar de su cónyuge, hijo, hija, padre, madre o pariente más cercano, que se haya enfermado gravemente o cuya condición o lesión se haya agravado mientras estaba en la línea del deber en el servicio activo en las Fuerzas Armadas, incluyendo a la Guardia Nacional o las Reservas. Esto incluye a los veteranos que hayan sido miembros de las Fuerzas Armadas en algún momento dentro de un período previo de cinco años a la fecha del tratamiento médico, a la recuperación o la terapia debido a dicha enfermedad o lesión.
- Cuando necesite algún otro tipo de licencia que pueda estar incluida en las leyes estatales de licencia que correspondan.
- Si sabe que tendrá una ausencia médica planificada y anticipada de Thirty days, ya sea para usted o un familiar, en relación con una afección grave, por maternidad, la adopción de un niño, o la adopción temporal (foster care) de un niño.

CÓMO INICIAR UNA RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y/O UNA SOLICITUD DE LICENCIA

- Notifíquelo a su your manager or supervisor su ausencia del trabajo.
- Para iniciar su reclamación y/o solicitud de licencia, llame al número gratuito que figura a la izquierda. Consulte la sección "Información requerida para introducir una reclamación y/o solicitud de licencia" en la página 2 de este folleto para obtener una lista de la información que se necesita para iniciar una reclamación y/o una solicitud de licencia.
- Consulte a su médico y proporcionele una copia del formulario de autorización firmada y fechada (adjuntada). Este formulario autoriza la divulgación de la información médica requerida para analizar su reclamación y/o una solicitud de licencia.
- Envíe por fax o correo la copia de la autorización firmada y fechada a Unum Benefits Center.

NUESTRO COMPROMISO CON USTED

Unum reconoce que una enfermedad o lesión que ocasione incapacidad puede resultarle en desafíos emocionales, físicos y financieros, y queremos hacer todo lo que esté a nuestro alcance para ayudarle. Unum se compromete a brindarle experiencia especializada y a ser comprensivos y delicados con su situación durante el proceso de la reclamación.

**INFORMACIÓN REQUERIDA PARA
INTRODUCIR UNA RECLAMACIÓN POR
INCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y/O UNA
SOLICITUD DE LICENCIA**

Esté preparado para brindar la información que se enumera a continuación cuando solicite la reclamación. Si otra persona llama en su nombre, deberá brindar esta información.

- Nombre de la compañía en la que trabaja
- Número de póliza (impreso en el frente de este folleto)
- Nombre, dirección, número de fax y de teléfono del médico (únicamente para reclamaciones por incapacidad)
- Su nombre y número del Seguro Social o de identificación de empleado
- Dirección y número de teléfono completos
- Fecha de nacimiento
- Estado civil
- Ocupación (o cargo)
- Nombre y número de teléfono del supervisor
- Una breve descripción de su afección, incluida la causa de la afección (enfermedad o lesión), la fecha de la lesión o de comienzo de la enfermedad y si está relacionada con el trabajo (únicamente para reclamaciones por incapacidad).
- Las fechas de su primera visita, su visita más reciente y su próxima visita programada con su médico por esta afección (únicamente para reclamaciones por incapacidad).
- El último día trabajado y el primer día que no asistió al trabajo debido a esta reclamación y/o solicitud de licencia.
- La fecha en que espera volver al trabajo (si la conoce) o la fecha real en caso de que ya haya vuelto al momento de efectuar la llamada.
- Las restricciones o limitaciones laborales que le haya aconsejado su médico, si las hubiera (únicamente para reclamaciones por incapacidad).
- Inicie su solicitud de licencia antes de separar la página 3 y entregársela a su médico.

En caso de que sea elegible, es importante que provea rápidamente la información completa acerca de su persona y de su doctor para así asegurar una decisión y pago puntuales.

Declaraciones de Advertencia de Fraude en Reclamaciones

Para su protección, las leyes de diversos estados, incluidos Alaska, Arizona, Arkansas, Delaware, Idaho, Indiana, Kentucky, Louisiana, Minnesota, Nueva Hampshire, Ohio, Oklahoma y otros, exigen que se realice la siguiente declaración:

Advertencia por fraude

Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer fraude en materia de seguros, lo cual constituye un delito grave.

Para los residentes de California

Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está cometiendo un hecho delictivo y podrá dar lugar al pago de multas o a reclusión en una prisión estatal.

Para los Residentes de Colorado

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito o la intención de defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito o la intención de defraudarlo con respecto a una adjudicación o arreglo pagaderos de los ingresos del seguro será denunciado ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras.

Para los residentes del Distrito de Columbia

Toda persona que a sabiendas e intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o un beneficio, o quien a sabiendas e intencionalmente provea información falsa en una solicitud de seguro está cometiendo un hecho delictivo y podrá dar lugar al pago de multas o a reclusión en una prisión.

Para los Residentes de Florida

Toda persona que, a sabiendas, y con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, incurrirá en un delito grave de tercer grado.

Para los residentes de Maine, Tennessee y Virginia

Es un delito brindar información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas a una compañía de seguros con la intención de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir: prisión, multas o denegación de los beneficios del seguro.

Para los Residentes de Nueva Jersey, Nuevo México y Pensilvania

Toda persona que, a sabiendas, y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación con información materialmente falsa o que con fines engañosos oculte información referente a algún hecho material en la misma, incurrirá en el delito de acto fraudulento de seguros y estará sujeta a multas penales y civiles.

Para los residentes de New York

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 una declaración de reclamación que contenga alguna información sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar oculte información sobre cualquier hecho material relacionado con dicha solicitud o reclamación está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y dará lugar a una sanción civil que no podrá exceder los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación para cada violación.

Para los Residentes de Puerto Rico

Toda persona que, a sabiendas, y con el propósito de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ocasione o colabore en una presentación de reclamación fraudulenta para el pago de un siniestro o de cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o siniestro, incurrirá en un delito grave y, en caso de condena, será sancionada por cada violación con la penalidad de una multa no inferior a cinco mil (5,000) dólares y no superior a diez mil (10,000) dólares, o un período de prisión fijo de tres (3) años, o bien ambas penalidades. Si se presentan circunstancias agravantes, la sanción que se establezca correspondientemente podrá elevarse a un máximo de cinco (5) años, y si se presentan circunstancias atenuantes, podrá reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Unum Group

1 Fountain Square
Chattanooga, TN 37402

unum.com

Unum es una marca registrada y marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

Servicios brindados por subsidiarias de Unum Group.



Envíe una copia completada de esta autorización por fax o por correo a:
Unum Benefits Center
 P.O. Box 100158
 Columbia, SC 29202-3158
 Fax: 800-447-2498

NOTA: Esta autorización está diseñada para cumplir con la norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Usted no está obligado a firmar la autorización, pero si no lo hace, existe la posibilidad de que Unum no pueda analizar ni administrar su(s) reclamación (reclamaciones). Firme y envíe esta autorización al Benefits Center mencionado anteriormente.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a cualquier proveedor de la salud, incluyendo entre otros, a cualquier profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia o cualquier otra institución o servicio relacionado con la salud; plan de salud; profesional de rehabilitación; evaluador vocacional; compañía de seguros; compañía reaseguradora; proveedor de servicios de seguros; tercero administrador; productor; la Oficina de Información Médica (Medical Information Bureau); GENEX Services, Inc.; la Asociación de Compañías de Seguros de Vida (Association of Life Insurance Companies) que administra el Índice de Reclamaciones de Salud (Health Claims Index) y el Sistema de Registro de Ingresos por Discapacidad (Disability Income Record System); organización gubernamental; organismo encargado del otorgamiento de licencias profesionales; y cualquier empleador que tenga información acerca de mis antecedentes de salud, financieros o crediticios, licencia profesional, ingresos, antecedentes laborales u otras reclamaciones y beneficios de seguro, incluidos los beneficios del Seguro Social, a revelar esta información, ya sea en forma parcial o total a las personas que administran las reclamaciones para Unum, sus subsidiarias aseguradoras* y representantes debidamente autorizados ("Unum") y, cuando corresponda, a las personas o entidades que puedan asistirme con servicios relacionados con mi(s) reclamación (reclamaciones) a fin de obtener los beneficios del Seguro Social u otros beneficios que el gobierno patrocine, o a las personas o entidades que puedan brindarme dichos servicios. La información sobre mi salud puede estar relacionada con cualquier trastorno del sistema inmunitario, incluidos entre otros el VIH y el SIDA; el uso de drogas y alcohol; y los antecedentes, las afecciones, los consejos o los tratamientos relacionados con la salud física y mental, pero no incluye las notas de psicoterapia.

Comprendo que la información que obtenga Unum en virtud de esta autorización será utilizada para analizar y administrar mi(s) reclamación (reclamaciones) de los beneficios, incluido todo tipo de ayuda para mi reincorporación al trabajo. Asimismo, comprendo que la información está sujeta a divulgaciones subsiguientes y podrá carecer de la protección de ciertas normas federales que rigen la privacidad de la información de salud.

Esta autorización es válida por un plazo de dos (2) años a partir de la fecha que figura a continuación o durante la vigencia de mi reclamación, el plazo que sea menor. Una copia fotográfica o electrónica de esta autorización tendrá la misma validez que la autorización original. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Podré revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, a menos que Unum haya actuado en función de la autorización antes de la notificación de la revocación o tenga derecho a oponerse a la reclamación en virtud de la póliza o a oponerse a la póliza misma. Comprendo que, en caso de revocar la autorización, existe la posibilidad de que Unum no pueda analizar o administrar mi(s) reclamación (reclamaciones) y dicha revocación podrá ser el fundamento de la denegación de mi(s) reclamación (reclamaciones). Podré revocar esta autorización mediante el envío de una notificación escrita a la dirección que figura anteriormente.

Comprendo que, si no firmo esta autorización o si de algún modo modifico su contenido, existe la posibilidad de que Unum no pueda analizar o administrar mi(s) reclamación (reclamaciones) y esto podrá ser el fundamento de la denegación de mi(s) reclamación (reclamaciones).

Favor de desprender esta página aquí. Remítase a su proveedor de atención médica.

(Firma del reclamante)

(Fecha de la firma)

(Nombre en letra de imprenta)

(Número del Seguro Social)

Firmé en nombre del reclamante en carácter de _____ (indique la afinidad con el demandante). Si es designado del poder legal, tutor o curador, adjunte una copia del documento que le otorga dicha facultad.

* Esta autorización es válida para las siguientes subsidiarias aseguradoras de Unum Group: Unum Life Insurance Company of America,, Provident Life and Accident Insurance Company and The Paul Revere Life Insurance Company.



Envíe una copia completada de esta autorización por fax o por correo a:
Unum Benefits Center
 P.O. Box 100158
 Columbia, SC 29202-3158
 Fax: 800-447-2498

NOTE: This authorization is designed to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule. You are not required to sign the authorization, but if you do not, Unum may not be able to evaluate or administer your claim(s). Please sign and return this authorization to The Benefits Center noted above.

AUTHORIZATION

I authorize any health care provider including, but not limited to, any health care professional, hospital, clinic, laboratory, pharmacy or other medically related facility or service; health plan; rehabilitation professional; vocational evaluator; insurance company; reinsurer; insurance service provider; third party administrator; producer; the Medical Information Bureau; GENEX Services, Inc.; the Association of Life Insurance Companies, which operates the Health Claims Index and the Disability Income Record System; government organization; professional licensing body; and employer that has information about my health, financial or credit history, professional license, earnings, employment history, or other insurance claims and benefits, including Social Security benefits, to disclose any and all of this information to persons who administer claims for Unum Group, its insurance subsidiaries* and duly authorized representatives ("Unum"), and, where applicable, to persons or entities that may assist me with or provide services related to my claim(s) for Social Security or other government-sponsored benefits. Information about my health may relate to any disorder of the immune system including, but not limited to, HIV and AIDS; use of drugs and alcohol; and mental and physical history, condition, advice or treatment, but does not include psychotherapy notes.

I understand that any information Unum obtains pursuant to this authorization will be used to evaluate and administer my claim(s) for benefits, including any assistance in my return to work. I further understand that the information is subject to redisclosure and might not be protected by certain federal regulations governing the privacy of health information.

This authorization is valid for two (2) years from the date below, or the duration of my claim, whichever is shorter. A photographic or electronic copy of this authorization is as valid as the original. I understand I am entitled to receive a copy of this authorization.

I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent Unum has relied on the authorization prior to notice of revocation or has a legal right to contest a claim under the policy or the policy itself. I understand if I revoke this authorization, Unum may not be able to evaluate or administer my claim(s) and this may be the basis for denying my claim(s). I may revoke this authorization by sending written notice to the address above.

I understand if I do not sign this authorization or if I alter its content in any way, Unum may not be able to evaluate or administer my claim(s) and this may be the basis for denying my claim(s).

 (Claimant Signature)

 (Date Signed)

 (Print Name)

 (Social Security Number)

I signed on behalf of the claimant as _____ (indicate relationship).
 If Power of Attorney Designee, Guardian or Conservator, please attach a copy of the document granting authority.

* This authorization is valid for the following Unum Group insurance subsidiaries: Unum Life Insurance Company of America, Provident Life and Accident Insurance Company and The Paul Revere Life Insurance Company.

Please detach this page here. Submit to your health care provider.