



LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM

The Benefits Center
P.O. Box 100158
Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498
Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

For use with policies issued by the above Unum Group ["Unum"] subsidiaries.

Unum Life Insurance Company of America
First Unum Life Insurance Company*
Unum Insurance Company
Provident Life and Accident Insurance Company
Provident Life and Casualty Insurance Company*
The Paul Revere Life Insurance Company*

¿Cuándo debe usar este formulario de reclamación?

Utilice este formulario de reclamación para presentarle a Unum una reclamación por incapacidad. Este formulario debe usarse solo para los siguientes tipos de incapacidad:

- Cualquier combinación de lo siguiente: Seguro de Incapacidad a Largo Plazo, Seguro Individual de Incapacidad y Exención del Pago de las Primas del Seguro de Vida. Si su seguro cubre más de uno de estos productos, este es el único formulario que debe llenar.

Instrucciones

La información provista en este formulario de reclamación se usará para evaluar su elegibilidad para los beneficios de incapacidad.

Este formulario debe ser completado por usted (el empleado), su empleador y el médico que lo atiende.

- **Declaración del Empleado/Individuo (páginas 6-9):** Por favor, llene esta sección del formulario de reclamación y envíelo por fax al número 1-877-851-7624. Puede enviarlo por correo a la dirección mencionada anteriormente, si así lo desea.
- **Solicitud de Depósito Directo (página 10):** Por favor, llene este formulario si desea que los pagos de su Seguro de Incapacidad a Largo Plazo se depositen directamente en su cuenta bancaria. También puede firmar usando su cuenta en línea, en www.unum.com/cclaims.
- **Autorización para Compartir Información con Terceros (página 12-13):** Si desea darnos permiso para compartir los detalles de su reclamación con un tercero (como su esposo(a), hijo(a), hermano(a), amigo(a), etc.), por favor, firme y escriba la fecha en este formulario, y envíelo por fax al 1-800-447-2498. Puede enviarlo por correo a la dirección mencionada anteriormente, si así lo desea.
- **Autorización del Empleado/Individuo (última página):** Por favor, firme y escriba la fecha en este formulario y entréguele una copia a su médico tratante. Envíe por fax el formulario completo al número 1-800-447-2498 o, bien, envíelo por correo a la dirección mencionada anteriormente.
- **Declaración del Empleador (páginas 14-19):** Por favor, entréguele esta sección del formulario de reclamación a su empleador y pídale que lo llene, lo firme y le escriba la fecha. Su empleador debe enviar el formulario completo por fax al número 1-800-447-2498 o, bien, por correo a la dirección mencionada anteriormente.
- **Declaración del Médico Tratante (páginas 20-23):** Por favor, llene la parte uno de esta declaración. Luego, entréguele esta sección del formulario de reclamación al médico o profesional responsable de su tratamiento médico. Solicítele que la envíe por fax al número 1-800-447-2498. Si lo prefiere el o ella puede enviarlo por correo a la dirección mencionada anteriormente, si así lo desea el profesional.

Servicios en línea de Unum

Unum ha desarrollado una forma segura y fácil para que usted presente y administre su reclamación en línea usando nuestro sitio web seguro, en www.unum.com/claimant. Nuestros servicios web seguros le permiten evaluar y hacer cambios a sus reclamaciones abiertas, además de ver actualizaciones y la correspondencia disponible. Comuníquese por favor con el departamento de recursos humanos de su empleador para verificar si la presentación en línea está disponible para usted.

Una vez que haya presentado su reclamación, podrá administrarla con la App de Cliente de Unum. La App de Cliente de Unum está disponible para Apple y Android.

¿Preguntas?

Si en algún momento desea hacer preguntas sobre el proceso de reclamación o necesita ayuda para llenar este formulario, por favor, llame al número gratuito mencionado anteriormente. Nuestro Centro de Servicio al Cliente cuenta con profesionales a los cuales puede llamar de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries. Unum es una marca comercial registrada y una marca de marketing de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

* Only First Unum Life Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company and The Paul Revere Life Insurance Company are admitted in and conduct business in New York. *Solo se admiten y realizan negocios en Nueva York las empresas First Unum Life Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company y The Paul Revere Life Insurance Company.

Claim Fraud Statements

Please read the warning for the state where you reside and for the state where the insurance policy under which you are claiming a benefit is issued.

In accordance with applicable state laws, including those of Connecticut, Georgia, Iowa, Kansas, Michigan, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, North Carolina, North Dakota, Oregon, South Carolina, South Dakota, Utah, Vermont, Wisconsin, and Wyoming, the following statement is required to appear on this form for your protection.

Fraud Warning: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud, or deceive an insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of insurance fraud, which is a felony.

For your protection:

Alabama law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly present false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

Alaska law requires the following statement to appear on this form: A person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive an insurance company files a claim containing false, incomplete, or misleading information may be prosecuted under state law.

Arizona law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is subject to criminal and civil penalties.

Arkansas law requires the following statement to appear on this form: A 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 fines and confinement in prison.

California law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly presents false or fraudulent information to obtain or amend insurance coverage or to make a claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Colorado law requires the following statement to appear on this form: 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 a 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.

Delaware law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

District of Columbia law requires the following statement to appear on this form: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

Florida law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

Hawaii law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly presents a false information in an application for insurance or life settlement contract is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Idaho law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly, and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony.

Illinois law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly presents false information in an application for insurance or a viatical settlement contract is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Indiana law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly, and with intent to defraud an insurer files a statement of claim containing any false, incomplete, or misleading information commits a felony.

Kentucky law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files a 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.

Louisiana law requires the following statement to appear on this form: 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 fines and confinement in prison.

Maine law requires the following statement to appear on this form: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines or a denial of insurance benefits.

Claim Fraud Statements (continued)

Maryland law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly and willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly and willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Massachusetts law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly presents false information in an application for insurance may be found guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Minnesota law requires the following statement to appear on this form: A person who files a claim with intent to defraud or helps commit a fraud against an insurer is guilty of a crime.

Nevada law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly files a statement of claim containing any misrepresentation or any false, incomplete or misleading information may be guilty of a criminal act punishable under state or federal law, or both, and may be subject to civil penalties.

New Hampshire law requires the following statement to appear on this form: 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.

New Jersey law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other persons, files a 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, subject to criminal prosecution and civil penalties.

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

Ohio law requires the following statement to appear on this form: Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

Oklahoma law requires the following statement to appear on this form: WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

Pennsylvania law requires the following statement to appear on this form: 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.

Puerto Rico law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly and with the intention of defrauding presents false information in an insurance application, or presents, helps, or causes the presentation of a fraudulent claim for the payment of a loss or any other benefit, or presents more than one claim for the same damage or loss, shall incur a felony and, upon conviction, shall be sanctioned for each violation with the penalty of a fine of not less than five thousand (5,000) dollars and not more than ten thousand (10,000) dollars, or a fixed term of imprisonment for three (3) years, or both penalties. If aggravating circumstances are present, the penalty thus established may be increased to a maximum of five (5) years; if extenuating circumstances are present; it may be reduced to a minimum of two (2) years.

Rhode Island law requires the following statement to appear on this form: 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 fines and confinement in prison.

Tennessee law requires the following statement to appear on this form: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

Texas law requires the following statement 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.

Virginia law requires the following statement to appear on this form: It is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

Washington law requires the following statement to appear on this form: It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

West Virginia law requires the following statement to appear on this form: 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 fines and confinement in prison.

Declaraciones de reclamación fraudulentas

Lea la advertencia para el estado donde reside y para el estado donde se emitió la póliza de seguro en virtud de la cual reclama un beneficio.

De conformidad con las leyes estatales aplicables, incluidas las de Connecticut, Georgia, Iowa, Kansas, Michigan, Mississippi, Misuri, Montana, Nebraska, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Oregón, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Utah, Vermont, Wisconsin y Wyoming se requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario para su protección.

Advertencia de fraude: Cualquier 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 errónea es culpable de fraude de seguro, lo cual es un delito.

Para su protección:

Alabama la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o tiempo en prisión, o cualquier combinación de estas.

Alaska la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Una persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según la ley estatal.

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

Arkansas la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: La persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede exponerse a multas y encarcelamiento.

California la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar una cobertura de seguro o para presentar un reclamo para el pago de un siniestro, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, datos o información falsos, incompletos o erróneos a una compañía de seguros, con la intención de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelación, multas, denegación del seguro y daños civiles. Se deberá denunciar ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras a toda compañía de seguros o a todo agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione datos o información falsos, incompletos o erróneos al titular de una póliza o un reclamante con el fin de estafarlo o intentar estafarlo en relación con un acuerdo o una indemnización pagaderos con los ingresos del seguro.

Delaware la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Proporcionar información falsa o errónea a una aseguradora con el fin de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios si el solicitante proporcionó información falsa en relación con una reclamación.

Florida la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación y/o solicitud que contenga información falsa, incompleta o errónea es culpable de un delito de tercer grado.

Hawái la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o contrato de liquidación de vida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Idaho la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Illinois la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro o en un contrato de liquidación de viáticos es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Indiana la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

Kentucky la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito.

Luisiana la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede exponerse a multas y encarcelamiento.

Maine la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Es delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla. Las sanciones pueden incluir penas de prisión, multas o la denegación de las coberturas del seguro.

Maryland la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente un reclamo falso o fraudulento 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 exponerse a multas y encarcelamiento.

Declaraciones de reclamación fraudulentas

Massachusetts exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro podrá ser declarada culpable de un delito y podrá ser objeto de multas y reclusión en prisión.

Minnesota la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Una persona que presenta una reclamación con la intención de estafar o que ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

Nevada la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga cualquier tergiversación o información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un acto delictivo punible bajo la ley estatal o federal, o ambas, y puede estar sujeta a sanciones civiles.

Nuevo Hampshire la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o errónea está sujeta a un proceso judicial y a una sanción por fraude de seguro, tal como se estipula en RSA 638.20.

Nueva Jersey la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, sujeto a sanciones penales y civiles.

Nuevo México la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de multas civiles y sanciones penales.

Nueva York la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no supere los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

La ley de Ohio la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Oklahoma la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una solicitud de reembolso de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Pensilvania la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y está sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o genere la presentación de una reclamación fraudulenta por el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito y, de acuerdo con la condena, recibirá una sanción por cada infracción con la pena de una multa de no menos de cinco mil (5000) dólares y no más de diez mil (10 000) dólares, o un término fijo en prisión de tres (3) años, o ambas sanciones. Ante la presencia de circunstancias agravantes, la multa establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; ante la presencia de circunstancias extenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede exponerse a multas y encarcelamiento.

Tennessee la ley exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen la prisión, multas y la denegación de beneficios del seguro.

Texas la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo con información falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y reclusión en una prisión estatal.

Virginia la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen la prisión, multas y la denegación de beneficios del seguro.

Washington la ley exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen la prisión, multas y la denegación de beneficios del seguro.

Virginia la ley Occidental exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede exponerse a multas y encarcelamiento.

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

EMPLOYEE/INDIVIDUAL STATEMENT (PLEASE PRINT)

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO/INDIVIDUO (EN LETRA IMPRENTA)

A. Information About You Información sobre Usted

Last Name <i>Apellido</i>		Suffix <i>Sufijo</i>	First Name <i>Primer nombre</i>	MI <i>Inicial 2.º nombre</i>
Date of Birth (mm/dd/yyyy) <i>Fecha de nacimiento (mes/día/año)</i>	Social Security Number <i>Número de Seguro Social</i>		Gender <i>Sexo</i> ☐ Male <i>Masculino</i> ☐ Female <i>Femenino</i>	The state in which you work <i>El estado en el que trabaja</i>
Home Address <i>Dirección Particular</i>				
City <i>Ciudad</i>			State <i>Estado</i>	Zip <i>Código postal</i>
Telephone Number where you can be reached <i>Número de Teléfono el cual se le puede localizar</i>		Preferred e-mail address (for confirmation purposes only) <i>Dirección de correo electrónico preferida (solo para confirmación)</i>		
Employer Name <i>Nombre del Empleador</i>				

Language Preference *Preferencia de idioma* ☐ English *Inglés* ☐ Spanish *Español* ☐ Other *Otro*Please check all types of coverage you have with Unum. *Marque todos los tipos de cobertura que tiene con Unum.*

☐ Short Term Disability *Incapacidad a Corto Plazo* ☐ Long Term Disability *Incapacidad a Largo Plazo* ☐ Individual Disability *Individual de Incapacidad* ☐ Life Insurance *Seguro de Vida* ☐ Voluntary Benefits Disability *Voluntario Individual de Incapacidad a Corto Plazo*

☐ Voluntary Benefits *Seguro Voluntario contra Cáncer/Enfermedades Graves* ☐ Cancer/Critical Illness ☐ Voluntary Benefits Accident *Seguro Voluntario de Accidentes* ☐ Voluntary Benefits MedSupport *Seguro Voluntario MedSupport*

Are you currently self-employed? ☐ Yes ☐ No *¿Actualmente, trabaja usted por su cuenta? Sí No*

Do you work for another employer? ☐ Yes ☐ No *¿Trabaja para otro empleador? Sí No*

If yes, employer name: *Si la respuesta es sí, escriba el nombre del empleador:*Telephone Number *Número de teléfono***Information About Your Disability** Información sobre las condiciones que causan su incapacidad

Date last worked (mm/dd/yyyy): <i>Fecha del último día de trabajo (mes/día/año):</i>	Number of hours worked on date last worked: <i>Cantidad de horas trabajadas el último día de trabajo:</i>	Date you were first unable to work due to this medical condition (mm/dd/yyyy): <i>Fecha del primer día en el que no pudo trabajar debido a su condición médica (mes/día/año):</i>
---	--	--

C. Information About the Condition(s) Causing Your Disability Información sobre las condiciones que causan su incapacidad1. For **illness**, answer the following questions then go to #4: *Si sufre una enfermedad, responda las siguientes preguntas y vaya a la pregunta 4:*

What is the name of your medical condition? <i>¿Cuál es el nombre de su condición médica?</i>	What were your first symptoms? <i>¿Cuáles fueron sus primeros síntomas?</i>
Describe when you first noticed the symptoms. <i>Describe cuándo notó los síntomas por primera vez.</i>	Date you were first treated by a physician (mm/dd/yyyy): <i>Fecha en la que fué tratado por un médico por primera vez (mes/día/año):</i>

2. For an **injury**, answer the following questions then go to #4: *Si sufrió una lesión, responda las siguientes preguntas y vaya a la pregunta 4:*What is the name of your medical condition? *¿Cuál es el nombre de su condición médica?*Describe where and how the injury occurred. *Describe dónde y cómo se produjo la lesión.*

Date the injury occurred (mm/dd/yyyy): <i>Fecha en la que se produjo la lesión (mes/día/año):</i>	If related to a motor vehicle accident, was an accident report filed? <i>Si se relaciona con un accidente en un vehículo ¿existe un informe escrito del accidente por la policía?</i> ☐ Yes <i>Sí</i> ☐ No <i>No</i>	Date you were first treated by a physician (mm/dd/yyyy): <i>Fecha en la que fué tratado por un médico por primera vez (mes/día/año)</i>
--	---	--

3. For **pregnancy**, answer the following questions then go to #4: *3. Para embarazo, responda la siguiente pregunta y vaya a la pregunta 4:*What is your expected delivery date? *¿Cuál es la fecha prevista del parto?*

Were there any complications causing you to stop work prior to your expected delivery date? *¿Se produjeron complicaciones por las que tuvo que dejar de trabajar antes de la fecha prevista del parto?* ☐ Yes *Sí* ☐ No *No*

If yes, please explain:
Si la respuesta es sí, por favor, explique:

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

EMPLOYEE/INDIVIDUAL STATEMENT (Continued) DECLARACIÓN DEL EMPLEADO/INDIVIDUO (Continuación)

Employee/Individual's Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Empleado/Individuo (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

Please list all current medications. If you have more than five, use a separate sheet of paper and include it with this form.

Por favor indique todos los medicamentos actuales. Si tiene más de cinco, use una hoja aparte y agréguela a este formulario.

Prescription Name Nombre del Medicamento Recetado	Dosage/Frequency Dosis/Frecuencia	Prescribing Physician Médico que lo Receta	Pharmacy Name Nombre de la Farmacia
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

E. Information About Other Disability Income: This information is important to ensure the accuracy of your disability benefit calculation. Información sobre Otros Ingresos por Incapacidad: Esta información es importante para garantizar que el cálculo del pago por incapacidad sea exacto.

You may be receiving income from other sources that could reduce your benefit from Unum. Please indicate what other income benefits you are eligible to receive or are receiving as a result of your disability and complete the information requested.

Es posible que reciba ingresos de otras fuentes que pudiesen reducir los beneficios que le provee Unum. Por favor, indique qué otros beneficios de ingresos es elegible para recibir o recibe a causa de su incapacidad y llene la información solicitada.

Other Source of Income Otras Fuentes de Ingresos	Eligible to Receive Elegible para Recibir	Receiving Ya lo estoy recibiendo	Amount Cantidad	Benefit Begin Date Fecha de Inicio de los Beneficios
Short Term Disability Seguro de Incapacidad a Corto Plazo	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
State Disability Plan (CA, HI, NJ, NY, PR, RI) Plan de Incapacidad Estatal (CA, HI, NJ, NY, PR, RI)	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Workers' Compensation Compensación Laboral	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Motor Vehicle Insurance Seguro de Vehículo a Motor	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Third Party Settlement/Income Acuerdo con Terceros/Ingresos	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Social Security/Disability Seguro Social/Incapacidad	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Social Security/Family Seguro Social/Familia	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Social Security/Retirement Seguro Social/Jubilación	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Unemployment Desempleo	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Pension/Disability Pensión/Incapacidad	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Pension/Retirement Pensión/Jubilación	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Canada Pension Pensión de Canadá	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
Public Employee Retirement System Sistema de Jubilación para Empleados Públicos	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		
State Teachers Retirement System Sistema de Jubilación Estatal para Maestros	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Sí No No lo sé		

F. Information About Your Return-to-Work Información sobre su Regreso al TrabajoHave you returned to work? ¿Ha regresado a trabajar? ☐ Yes ☐ No If yes, indicate information below. Si la respuesta es sí, llene la información a continuación.

Part Time (mm/dd/yyyy): Tiempo Parcial (mes/día/año):

Full Time (mm/dd/yyyy): Tiempo Completo (mes/día/año):

Hours per week: Horas por semana:

If you have not returned to work, when do you expect to return? Si no ha regresado a trabajar, ¿cuándo espera hacerlo?

Part Time (mm/dd/yyyy): Tiempo Parcial (mes/día/año):

Full Time (mm/dd/yyyy): Tiempo Completo (mes/día/año):

☐ Unknown No lo sé**G. Information About Your Family:** This information is important to assist us in determining if your family may be eligible for other benefits. Información sobre su Familia: Esta información es importante para ayudarnos a determinar si su familia puede ser elegible para recibir otros beneficios.

Marital Status: Estado Civil:

☐ Single Soltero ☐ Married Casado ☐ Widowed Viudo ☐ Divorced Divorciado ☐ Domestic Partner Pareja de Hecho ☐ Separated Separado

Spouse/Partner's Nombre del Esposo(a) o de la Pareja de Hecho

Spouse/Partner's Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento del Esposo(a) o de la Pareja de Hecho (mes/día/año)

Is he/she employed?

☐ Yes ☐ No

¿Él o ella tiene empleo?

List your dependent children who are under age 25 (include additional sheets if necessary) Escriba los nombres de los hijos dependientes menores de 25 años (adjunte hojas adicionales si es necesario)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

Attending School?

¿Asiste a una escuela?

Name Nombre

☐ Yes ☐ No☐ Yes ☐ No☐ Yes ☐ No

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

EMPLOYEE/INDIVIDUAL STATEMENT (Continued) DECLARACIÓN DEL EMPLEADO/INDIVIDUO (Continuación)

Employee/Individual's Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Empleado/Individuo (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

H. Information About Income Tax Withholding: Unum will not withhold Federal and State Income Tax if your benefit is not taxable.Información sobre Retenciones de Impuesto sobre los Ingresos: Unum no descontará el Impuesto sobre los Ingresos Federal y Estatal si su beneficio no está sujeto a impuestos.**TAX INFORMATION** INFORMACIÓN SOBRE IMPUESTOS**If you do not know if you are covered under a fully-insured or self-insured plan, please contact your employer for assistance.**

Si no sabe si está cubierto por un plan de seguro totalmente cubierto o autofinanciado, por favor, comuníquese con la compañía para la que trabaja para obtener asistencia.

- **For Fully-Insured Plans** – If your claim is approved and your employer tells us your benefit is taxable, we are required by law to withhold FICA taxes. Do you want Unum to also withhold Federal and/or State Income Taxes from your taxable benefit checks?

Para Planes de Seguros Totalmente Cubiertos: si su solicitud de beneficios es aprobada, ¿debe Unum descontar los Impuestos Federales y/o Estatales sobre los Ingresos de sus cheques de beneficios?

Federal Income Tax: ☐ Yes ☐ No If yes, how much do you want withheld from each check? (whole dollar amount) \$ _____Impuesto Federal sobre los Ingresos: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cuánto se debe descontar de cada cheque? (monto total en dólares) \$ _____

Minimum Withholding: \$88/week for Long Term Disability.

Monto mínimo de retenciones: \$88/semana por discapacidad a largo plazo.

State Income Tax: ☐ Yes ☐ No If yes, how much do you want withheld from each check? (whole dollar amount) \$ _____Impuesto Estatal sobre los Ingresos: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cuánto se debe descontar de cada cheque? (monto total en dólares) \$ _____

- **For Self-Insured Plans** – Attach a copy of your completed W-4 for accurate calculation of Federal and State Income Taxes.
Note: If not provided, we are required by law to withhold 25% of your taxable benefit for Federal Income Tax and the maximum withholding amount for State Income Tax.

Para Planes Autofinanciados: llene y adjunte una copia de su W-4 para un cálculo exacto de los Impuestos Federales y Estatales sobre los Ingresos. Nota: En caso de no proporcionarlo, las leyes nos obligan a retener el 25% de su beneficio del Impuesto Federal sobre los Ingresos y el monto máximo de retenciones para el Impuesto Estatal sobre los Ingresos.

- **If your benefits are not taxable, Federal and State Income Taxes will not be withheld.**

Si sus beneficios no están sujetos a impuestos, los Impuestos sobre los Ingresos Federales y Estatales no serán descontados.

Fraud Warning: For your protection, Arizona law requires the following to appear on this claim form:

Advertencia por Fraude: A fin de protegerlo, la ley de Arizona exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

Any person who knowingly and with the intent to injure, defraud or deceive an insurance company 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 fines and confinement in prison.

Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de cometer un delito y puede estar sujeta al pago de multas o reclusión en una prisión.

Fraud Warning: For your protection, New York law requires the following to appear on this claim form:

Advertencia por Fraude: A fin de protegerlo, la ley de New York exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

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

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha solicitud o reclamación comete 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 por cada violación.

I. Signature of Employee/Individual

Firma del Empleado/Individuo

I have read and understand the fraud notices listed above and on pages 2-5 of this form. I also acknowledge that should my claim be overpaid for any reason it is my obligation to repay any such overpayment. The above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief. **(Your signature is required for benefit consideration.)**

He leído y entiendo los avisos de fraude que aparecen arriba y en las páginas 2-5 de este formulario. También reconozco que, si mi reclamo se paga de más por algún motivo, es mi obligación devolver dicho sobrepago. Las declaraciones de arriba son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. **(Su firma es necesaria para la consideración de los beneficios).**

Signature Firma

Date Fecha

X**Reminder:** Please sign and date the Authorization (last page of this claim form).

Recordatorio: Por favor, firme y escriba la fecha en la Autorización (última página de este formulario de reclamación).

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

Please provide the information requested below. Once completed, sign and date the form, attach the appropriate documentation and mail or fax it to the address or fax number indicated above. As a convenience, we also offer a secure website at www.unum.com/claimant where you can sign up for direct deposit.

Por favor, proporcione la información solicitada a continuación. Una vez completo, firme y escriba la fecha en el formulario, adjunte la documentación apropiada y envíela por correo o por fax a la dirección o número de fax que se indican arriba. Para su comodidad, ofrecemos también un sitio web seguro, en www.unum.com/claimant, donde usted podrá registrarse para depósitos directos.

A. Information About You *Información sobre Usted*Last Name *Apellido*First Name *Primer nombre*MI *Inicial 2.º
nombre*Address *Dirección*City *Ciudad*State *Estado*Zip *Código postal*Social Security Number *Número de Seguro Social*Home Telephone Number *Número de Teléfono Particular***B. Information About How to Set-up or Change Your Direct Deposit** *Información sobre Cómo Iniciar o Cambiar su Depósito Directo*☐ Set-up Direct Deposit *Iniciar el Depósito Directo*☐ Change Direct Deposit Account *Cambiar la Cuenta del Depósito Directo***Bank/Financial Institution Information** *Información sobre el Banco/Institución Financiera*Name *Nombre*City *Ciudad*State *Estado*Zip *Código postal***Choose Type of Account – Note: We are only able to deposit benefit payments into one account.***Escoja el tipo de cuenta – Nota: Solo podemos depositar pagos de beneficios en una cuenta.*☐ Checking **OR** ☐ Savings☐ Cuenta de Cheques o ☐ Cuenta de Ahorros

REQUIRED FOR CHECKING: Please provide either 1.) a voided check imprinted with your name; or 2.) the top portion of a bank statement or a letter from your bank, on bank letterhead, signed and dated by a bank representative. One of these items must be received to process your request.

NECESARIO PARA CONTROL: Provea por favor ya sea 1.) un cheque anulado con su nombre impreso o 2.) la parte superior de un extracto bancario o una carta de su banco, con un membrete del banco, firmado y fechado por un representante del banco. Uno de estos elementos deberá ser recibido para procesar su solicitud.

Please note: additional documentation is not required for direct deposit into a savings account.

Note por favor: no se requiere documentación adicional para un depósito directo en una cuenta de ahorro.

Please verify the Transit Routing number with your bank. *Verifique por favor el Número de Enrutamiento con su banco.*

A Routing Number beginning with the number 5 is not valid. (Ex: 502000027) *Un Número de Enrutamiento que comience con el número 5 no es válido. (Ej: 502000027)*

Bank Transit/Routing Number *Código de Identificación Bancaria*Personal Account Number *Número de Cuenta Personal***C. Direct Deposit Cancellation Request** *Solicitud de Cancelación de Depósito Directo*

Please complete this section if you are canceling your direct deposit agreement.

Por favor, llene esta sección si desea cancelar su acuerdo de depósito directo.

☐ Cancel my direct deposit agreement
*Cancelen mi acuerdo de depósito directo*Effective Date (mm/dd/yyyy)
*Fecha de Efectividad***D. Signature of Individual** *Firma del Individuo*Signature of Individual *Firma del Individuo*Date *Fecha***X**



LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

Frequently Asked Questions About Direct Deposit

Preguntas Frecuentes sobre el Depósito Directo

- **What is Direct Deposit?**

¿Qué es el Depósito Directo?

Unum will deposit your benefits directly into your checking or savings account on a weekly or monthly basis as per policy provisions.

Unum depositará sus beneficios directamente en su cuenta corriente o de ahorro en forma semanal o mensual según las disposiciones de política.

- **When can I expect the money to be in my account?**

¿Cuándo se depositará el dinero en mi cuenta?

Because this can vary from person to person, please discuss the details with a Direct Deposit Specialist. Funds will be credited on the second business day after the date of release of funds with the exception of a Federal Reserve Bank Holiday.

Debido a que esto puede variar de una persona a otra, por favor, analice los detalles con un Especialista en Depósitos Directos. Los fondos serán acreditados el segundo día hábil posterior a la fecha de liberación de fondos, con la excepción de un Feriado Bancario de la Reserva Federal.

- **What if I have questions?**

¿Qué puedo hacer si tengo preguntas?

Please call our toll-free Direct Deposit Customer Service line at 1-800-413-7671. Knowledgeable and courteous representatives are available to answer your questions, Monday through Friday, 8 a.m. to 4 p.m. Eastern Standard Time.

Por favor, llame al número gratuito del Servicio al Cliente sobre Depósito Directo, al 1-800-413-7671. Lo atenderán representantes amables que poseen una amplia experiencia en la materia, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., hora del Este.

Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.

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



The Benefits Center
P.O. Box 100158
Columbia, SC 29202-3158
Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

You are not required to sign this Optional Authorization. However, if you would like us to communicate with a family member, friend or other third party about your leave(s) and/or claim(s), which could include, but not be limited to, accident, disability, American's with Disability Act (ADA), we recommend completing the information below. Please sign and date the form as indicated and mail or fax it to the address or fax number indicated above.

Optional Authorization to Disclose Information to Third Parties

To assist in the evaluation or administration of any of my claim(s) and/or leave(s), I authorize Unum Group, its subsidiaries and duly authorized representatives ("Unum") to share personal health information, financial information, and/or information relating to any accommodations in verbal or written format relating to my claim(s) and/or leave(s) with the family members, friends, and/or other third parties listed below:

My Spouse: _____
(Name) (Telephone Number)

Other Family Member: _____
(Name / Relationship) (Telephone Number)

Other person: _____
(Name / Relationship) (Telephone Number)

I understand that information about my claim(s) and/or leave(s) may include information about my health and that such information about my health may be related 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 do not wish the following information about my claim(s) and/or leave(s) to be shared (leave blank if not applicable):

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.

I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent Unum or the authorized recipient of my information has relied on it prior to receiving my notice of revocation. I may revoke this Authorization by sending written notice to the address above.

This authorization is valid for the shorter of two (2) years or the duration of any of my claim(s) and/or leave(s). I may request a copy of the Authorization and a copy shall be as valid as the original.

Claimant Signature

Date

Printed Name

Social Security Number

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

Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.



The Benefits Center
P.O. Box 100158
Columbia, SC 29202-3158
Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Usted no tiene la obligación de firmar esta Autorización opcional. Sin embargo, si desea que nos comuniquemos con un familiar, amigo u otra parte acerca de su(s) licencia(s) o reclamo(s), lo que podría incluir, entre otros, accidente, discapacidad, Ley de Estadounidenses con Discapacidades (American's with Disability Act, ADA), le recomendamos que complete la siguiente información. Firme y feche el formulario según las indicaciones, y envíelo por correo o fax a la dirección o el número de fax que figuran arriba.

Autorización opcional para divulgar información a terceros

Para colaborar en la evaluación o administración de cualquiera de mi(s) reclamo(s) o licencia(s), autorizo a Unum Group, sus subsidiarias y sus representantes debidamente autorizados ("Unum") a compartir información personal de salud, información financiera o información relacionada con cualquier adaptación en formato verbal o escrito en relación con mi(s) reclamo(s) o licencia(s) con los familiares, amigos u otros terceros que figuran a continuación:

Mi cónyuge: _____
(Nombre) (Número de teléfono)

Otro familiar: _____
(Nombre/Relación) (Número de teléfono)

Otra persona: _____
(Nombre/Relación) (Número de teléfono)

Comprendo que la información sobre mi(s) reclamo(s) o licencia(s) puede incluir información sobre mi salud y que esta información sobre mi salud puede relacionarse con algún trastorno del sistema inmunitario, entre los que se incluyen el VIH y el SIDA; el consumo de drogas y alcohol; y los antecedentes, las recomendaciones, las afecciones o los tratamientos relacionados con mi salud mental o física, excepto las notas de psicoterapia.

No deseo que se comparta la siguiente información sobre mi(s) reclamo(s) o licencia(s) (dejar en blanco si no corresponde):

Asimismo comprendo que la información está sujeta a una nueva divulgación y podría no estar protegida por ciertas reglamentaciones federales que rigen la privacidad de la información de salud.

Puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Unum o el destinatario autorizado de mi información se hayan basado en ella antes de recibir el aviso de revocación. Puedo revocar esta Autorización enviando un aviso escrito a la dirección anterior.

Esta autorización es válida por dos (2) años o la duración de mi(s) reclamo(s) o licencia(s), el período que sea menor. Puedo solicitar una copia de la Autorización, y dicha copia tendrá la misma validez que el original.

Firma del reclamante

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Número del Seguro Social

Firmé en representación del reclamante, como _____ (indicar la relación). En el caso de ser la persona designada en un poder notarial, el representante personal, el tutor o el custodio, adjunte una copia del documento que le otorga autoridad.

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

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

EMPLOYER STATEMENT - To be completed by the Employer (PLEASE PRINT)

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR - Para ser llenada por el Empleador (EN LETRA IMPRENTA)

A. Information About the Employer Información sobre el Empleador

Employer Name Nombre del Empleador

Employer's Phone Number

Número de Teléfono del Empleador

Employer Address Dirección del Empleador

City Ciudad

State Estado

Zip Código postal

Prior LTD Carrier Name

Nombre de la Compañía de Seguros previa con la cual tenía la cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD)

Prior LTD Carrier Employee

Effective Date

Fecha de Efectividad del Empleado con la Compañía de Seguros Previa con la cual tenía LTD

Prior LTD Carrier Policy

Termination Date

Fecha de Terminación de la Póliza de LTD con la Compañía de Seguros previa

B. Information About the Employee Información sobre el Empleado

Employee's Name (Last Name, Suffix, First Name, MI) Nombre del Empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Employee's Address Dirección del Empleado

City Ciudad

State Estado

Zip Código postal

Employee Telephone Number Número de Teléfono del Empleado

Social Security Number Número de Seguro Social

Date of Hire (mm/dd/yyyy)

Fecha de Contratación (mes/día/año)

Please check all types of coverage this employee has with Unum and indicate the effective date of his/her coverage.

Por favor, marque todos los tipos de cobertura que este empleado tiene con Unum e indique la fecha de efectividad de cada cobertura.

☐ Short Term Disability

Incapacidad a Corto Plazo

☐ Long Term Disability

Incapacidad a Largo Plazo

☐ Individual Disability

Individual de Incapacidad

☐ Voluntary Benefits Disability

Beneficios Voluntarios de Incapacidad

☐ Life Insurance Premium paid thru date

Seguro de Vida

Primas pagadas hasta la fecha

☐ Voluntary Benefits MedSupport

Beneficios Voluntarios MedSupport

☐ Voluntary Benefits Cancer/Critical Illness

Beneficios Voluntarios contra Cáncer/Enfermedades Graves

Short Term Disability Policy Number

Número de Póliza del Seguro de Incapacidad a Corto Plazo

Division Number

Número de División

Class Number

Número de Clase

Division Description / Class Description

Descripción de la División / Descripción de la Clase

Long Term Disability Policy Number

Número de Póliza del Seguro de Incapacidad a Largo Plazo

Division Number

Número de División

Class Number

Número de Clase

Division Description / Class Description

Descripción de la División / Descripción de la Clase

Individual Disability Policy Number

Número de Póliza del Seguro Individual de Incapacidad

Division Number

Número de División

Class Number

Número de Clase

Division Description / Class Description

Descripción de la División / Descripción de la Clase

Life Insurance Policy Number

Número de Póliza del Seguro de Vida

Division Number

Número de División

Class Number

Número de Clase

Division Description / Class Description

Descripción de la División / Descripción de la Clase

Basic Life Amount

Cantidad de Seguro de Vida Básico

Supplemental Life Amount

Cantidad de Seguro de Vida Suplementario

Date Last Worked (mm/dd/yyyy):

Fecha del Último Día de Trabajo (mes/día/año):

Number of hours worked on date last worked:

Cantidad de horas trabajadas el último día de trabajo:

Days/Week

Días/Semana

Hours/Day

Horas/Día

Regular Work Schedule

Horario Habitual de Trabajo

Hours/Week

Horas/Semana

Check off regular work days:

Marque los días habituales de trabajo:

☐ Sunday

Domingo

☐ Monday

Lunes

☐ Tuesday

Martes

☐ Wednesday

Miércoles

☐ Thursday

Jueves

☐ Friday

Viernes

☐ Saturday

Sábado

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

EMPLOYER STATEMENT (Continued)

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (Continuación)

Employee Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

If this is a Section 125/Cafeteria plan, indicate which option of coverage this employee has chosen.

Si este es un plan personalizado regulado por la Sección 125/Cafetería, indique qué opción de cobertura eligió este empleado.

Previous Plan Year

Plan del Año Anterior

Current Plan Year

Plan del Año Actual

Date of Open Enrollment (mm/dd/yyyy) _____ Option _____

Fecha de Inscripción Abierta (mes/día/año) _____ Opción _____

Date of Open Enrollment (mm/dd/yyyy) _____ Option _____

Fecha de Inscripción Abierta (mes/día/año) _____ Opción _____

C. Information About the Employee's Occupation Información sobre la Ocupación del Empleado

Occupation Title (please include a copy of the employee's job description):

Cargo/Puesto (por favor, adjunte una copia de la descripción de las funciones del cargo/puesto del empleado):

Primary duties of the employee's occupation on date last worked:

Tareas principales de la ocupación del empleado durante el último día de trabajo:

Employee's Pre-disability Work Status: ☐ Full-time ☐ Part-time ☐ Exempt ☐ Non-exempt ☐ Bargaining ☐ Non-bargaining

Situación Laboral Previa a la Incapacidad del Empleado:

Tiempo Completo

Medio Tiempo

Exento

No Exento

Bajo Convenio Laboral

in Convenio Laboral

Did the employee's occupational duties and/or hours change due to disability or medical condition prior to his/her last day worked?

Antes de su último día de trabajo, ¿cambiarón las responsabilidades y/u horario laboral de la ocupación del empleado debido a la incapacidad o condición médica?

☐ Yes *Si* ☐ No *No*

If yes, please explain:

Si la respuesta es sí, por favor, explique:

Has employee returned to work?

☐ Yes *Si* ☐ No *No*

¿El empleado ha regresado a trabajar?

If yes, date (mm/dd/yyyy):

Si la respuesta es sí,

indique la fecha (mes/día/año):

☐ Full Time ☐ Part Time

Tiempo Completo A Medio Tiempo

Hours Per Week:

Horas por Semana:

Has the employee's employment been terminated? ☐ Yes

¿Ha sido despedido el empleado?

Si

☐ No

No

If yes, termination date (mm/dd/yyyy):

Si la respuesta es sí, fecha de despido (mes/día/año):

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

EMPLOYER STATEMENT (Continued)

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (Continuación)

Employee Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

D. Information About the Employee's Salary Información sobre el Sueldo/Salario del Empleado

How was the employee paid prior to date last worked? Please check all that apply and indicate the amount paid.

¿Cómo se le pagaba al empleado antes del último día trabajado? Por favor, marque todas las opciones que correspondan e indique la cantidad pagada.

☐ Hourly \$ _____

Por hora

☐ Semi-Monthly \$ _____

Dos veces por mes

☐ Weekly \$ _____

Semanalmente

☐ Bonuses \$ _____

Bonos

☐ Bi-Weekly \$ _____

Cada dos semanas

☐ Commissions \$ _____

Comisiones

Date paid through for (mm/dd/yyyy):

Última fecha de pago por (mes/día/año):

☐ Salary Continuation _____

Plan de Continuación de Sueldo/Salario

☐ Vacation Pay _____

Pago de Vacaciones

☐ Accrued Sick Pay _____

Pago Acumulado por Enfermedad

☐ Other _____

Otro

Paid Time Off balance as of last day worked:

Cantidad que se le debe al empleado hasta el último día de trabajo (por vacaciones, días feriados, etc.):

Sick Leave balance as of last day worked:

Cantidad que se le debe al empleado hasta el último día de trabajo por tiempo por ausencia por enfermedad:

Does the employee have an ownership interest in this business? ☐ Yes ☐ No

¿El empleado es dueño/tiene acciones en esta empresa?

Sí

No

If yes, what is the % of ownership? _____ %

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el % de las acciones? _____ %

Type of business:

Tipo de empresa:

☐ Regular Corporation

Sociedad Anónima Común

☐ S Corporation

Sociedad Anónima S

☐ Partnership

Sociedad Colectiva

☐ Sole Proprietorship

Sociedad Unipersonal

Other than payments under this policy, will the employee be receiving any other income from you, such as K-1 earnings, bonuses, commissions, salary continuation, PTO? ☐ Yes ☐ No

¿Además de los pagos de esta póliza, recibirá el empleado otros ingresos, tales como ingresos de K-1, bonos, comisiones, continuación de salario, vacaciones?

Financial Documentation: We are requesting this information so we can accurately calculate your employee's benefit. Please refer to the definition of earnings in your policy and provide us with the appropriate payroll information.

Documentación Financiera: Solicitamos esta información para poder calcular con exactitud el beneficio de su empleado. Por favor, consulte la definición de ingresos en su póliza y provéanos la información adecuada de la nómina de pago.

If your earnings definition is:

Si su definición de ingresos es:

Salary Only/Current Earnings

Solo Sueldo/Salario o Ingresos Actuales

Bonus/Commissions Included

Bonos/Comisiones Incluidas

Other

Otro

Then we need:

Entonces necesitamos:

Payroll records or paystubs for the 3 months just prior to disability

Copias de cheques o comprobantes de pago de los 3 meses anteriores a la incapacidad

Payroll records for either 12 or 24 months (per your definition of earnings) just prior to disability

Copias de cheques de pago de los 12 o 24 meses (según su definición de ingresos) justo antes de la incapacidad

Payroll documentation referenced in your definition of earnings (e.g. W-2, K-1, Schedule C, teacher contract, etc.)

Documentación de la nómina de pago de acuerdo a su definición de ingresos (ej., W-2, K-1, Programa C, contrato como maestro, etc.)

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

EMPLOYER STATEMENT (Continued)

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (Continuación)

Employee Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

E. Information Needed for Calculation of FICA Información Necesaria para el Cálculo de la Ley Federal de Aportes al Seguro (FICA)

What percent of the Long Term Disability benefit is taxable? _____ %

¿Qué porcentaje del beneficio de Incapacidad a Largo Plazo está sujeto a impuestos? _____ %

[See IRS Publication **15-A Employer's Supplemental Tax Guide, Section 6, Sick Pay Reporting** and/or **IRS Revenue Ruling 2004-55** for more information on calculating the taxable percent.]

[Consulte la Publicación del Servicio de Rentas Internas (IRS) 15-A Guía Tributaria Suplementaria para el Empleador, Sección 6, Informes de Pago por Enfermedad y/o Resolución Administrativa Tributaria del IRS 2004-55 para obtener más información sobre cómo calcular el porcentaje sujeto a impuestos].

Note: We will assume the benefit is 100% taxable if this information is not provided.

Nota: Supondremos que el beneficio está 100% sujeto a impuestos si no se proporciona esta información.

What percent of the Individual Disability benefit is taxable? _____ %

¿Qué porcentaje del beneficio de Incapacidad Individual está sujeto a impuestos? _____ %

[See IRS Publication **15-A Employer's Supplemental Tax Guide, Section 6, Sick Pay Reporting** and/or **IRS Revenue Ruling 2004-55** for more information on calculating the taxable percent.]

[Consulte la Publicación del Servicio de Rentas Internas (IRS) 15-A Guía Tributaria Suplementaria para el Empleador, Sección 6, Informes de Pago por Enfermedad y/o Resolución Administrativa Tributaria del IRS 2004-55 para obtener más información sobre cómo calcular el porcentaje sujeto a impuestos].

Note: We will assume the benefit is 100% taxable if this information is not provided.

Nota: Supondremos que el beneficio está 100% sujeto a impuestos si no se proporciona esta información.

Year to Date Earnings (from January 1 to the present for FICA Deductions) \$ _____

Ingresos del Año en Curso hasta la Fecha (desde el 1° de enero hasta el presente para Deducciones de la FICA) \$ _____

F. Statutory Disability/Paid Medical Leave Incapacidad legal/permiso médico pagado

Do you participate in a state PFML plan or state disability plan for this EE? _____ Which state? _____

¿Participa usted de algún plan estatal de PFML (permiso médico familiar pagado) o de discapacidad para este empleado elegible? ¿En cuál estado?

G. Information About Other Disability Income Información sobre Otros Ingresos por Incapacidad

Is employee eligible for:	Yes	No	If yes, weekly or monthly amount	Weekly	Monthly	Date benefits begin	Date benefits end
Es el empleado elegible para:	Sí	No	Si la respuesta es sí, provea la cantidad	Semanal	Mensual	Fecha de inicio de los beneficios	Fecha de finalización de los beneficios
Salary Continuation Plan de Continuación de Sueldo/Salario	☐	☐	\$	☐	☐		
Short Term Disability Seguro de Incapacidad a Corto Plazo	☐	☐	\$	☐	☐		
State Disability Incapacidad Estatal	☐	☐	\$	☐	☐		
Other Disability Benefits Otros Beneficios de Incapacidad	☐	☐	\$	☐	☐		
Social Security Disability Insurance Seguro de Incapacidad del Seguro Social	☐	☐	\$	☐	☐		
Workers' Compensation Compensación Laboral	☐	☐	\$	☐	☐		

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

EMPLOYER STATEMENT (Continued)

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (Continuación)

Employee Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

Is the claim the result of a work related injury or illness?

¿La reclamación es producto de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo del empleado?

☐ Yes *Sí* ☐ No *No*

If yes, has a Workers' Compensation claim been filed?

Si la respuesta es sí, ¿se ha presentado una reclamación por Compensación Laboral?

☐ Yes *Sí* ☐ No *No*

If yes, name of Workers' Compensation carrier

Si la respuesta es sí, indique el nombre de la compañía de seguros de Compensación Laboral

Telephone Number *Número de Teléfono*Address of Carrier *Dirección de la Compañía de Seguros*Fax Number *Número de Fax*City *Ciudad*State *Estado*Zip *Código postal***If a Workers' Compensation claim has been denied, please submit a copy of denial with this claim.**

Si se ha negado una reclamación por Compensación Laboral, por favor, envíe una copia de la denegación con esta reclamación.

H. Information About Your Pension Plan: This information is necessary to ensure the benefit is calculated accurately. (Do not complete for a maternity claim.)

Información sobre su Plan de Pensión: Esta información es necesaria para garantizar que el beneficio se calcule con exactitud. (No llene esta sección para una reclamación por maternidad.)

Do you have a pension plan? ☐ Yes ☐ No If yes, what type? ☐ PERS/STRS \$ _____

¿Tiene un plan de pensión?

*Sí**No*

Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?

PERS/STRS \$ _____

☐ Defined benefit ☐ Cash Balance ☐ 401(k)/403(b) ☐ Profit Sharing ☐ Money Purchase Plan/401A ☐ Other: (specify)*Beneficio Definido**Saldo en efectivo**401(k)/403(b)**Participación en las Ganancias**Money Purchase Plan/401A**Otro: (especifique)*Is the employee eligible for your pension plan? ☐ Yes ☐ No

¿El empleado es elegible para su plan de pensión?

*Sí**No*If eligible, does the employee participate? ☐ Yes ☐ No

Si es elegible, ¿participa el empleado?

*Sí**No*

What percentage does the employee contribute?

¿Cuál es el porcentaje con el que contribuye el empleado?

_____%

If yes, what is the earliest age or date the employee is eligible to withdraw?

Si la respuesta es sí, ¿cuándo es elegible el empleado para empezar a retirar fondos del plan?

I. Information About Your Rehire or Return-to-Work Program

Información sobre su Recontratación o Programa de Regreso al Trabajo

If the employee is released to return to work in restricted duty, are you willing to discuss accommodations? ☐ Yes ☐ No

Si se ha aprobado que el empleado regrese a trabajar con restricciones, ¿está la compañía dispuesta a considerar ofrecerle modificaciones?

*Sí**No*

If yes, whom should we contact to discuss a return-to-work plan?

Si la respuesta es sí, ¿con quién deberíamos comunicarnos para definir un plan de regreso al trabajo?

Name *Nombre*Title *Puesto*Telephone Number *Número de Teléfono*

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

EMPLOYER STATEMENT (Continued)*DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (Continuación)*

Employee Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Empleado (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

FRAUD NOTICE: Any person who knowingly files a statement of claim containing false or misleading information is subject to criminal and civil penalties. This includes the Employer portion of the claim form.

NOTIFICACIÓN POR FRAUDE: Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye la parte del formulario de reclamación correspondiente al empleador.

J. Signature of Benefit Administrator (Please Print)*Firma del Administrador del Plan (Por favor, escriba en letra imprenta)*

The above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

*A mi leal saber y entender, las declaraciones anteriores son verdaderas y están completas.*Name of Person Completing Form *Nombre de la persona que llena el formulario*Title of Person Completing Form *Puesto/cargo de la persona que llena el formulario*Telephone Number *Número de Teléfono*Fax Number *Número de fax*Employer Tax ID Number *Número de Identificación de Impuestos del Empleador*E-mail Address *Dirección de Correo Electrónico*Signature *Firma***X**Date *Fecha*

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT (PLEASE PRINT) DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA)**TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR TREATING PROVIDER**

PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO O EL PROVEEDOR TRATANTE

Instructions: Please complete, sign and date this form. The purpose of this form is to assist us in making a disability determination. Please complete all questions on this form and provide copies of supporting reports, such as office notes, medical records, medication logs, consultations and/or testing. Be sure to sign and date this form in Section D.

Instrucciones: Por favor, llene, firme y escriba la fecha en este formulario. El objetivo de este formulario es ayudarnos a tomar una determinación de incapacidad. Por favor, conteste todas las preguntas del formulario y presente copias de informes de validación, como notas hechas en el consultorio, récords médicos, listado de medicamentos, consultas o pruebas. Asegúrese de firmar y escribir la fecha en este formulario en la Sección D.

Name of Patient (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Paciente (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Social Security Number

Número de Seguro Social

Patient Address Dirección

City Ciudad

State Estado

Zip Código Postal

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

Patient Telephone Number Número de Teléfono del paciente

Employer Name Nombre del Empleador

A. Patient Information

Información del Paciente

Date of first visit for this current condition(s) (mm/dd/yyyy):

Fecha de la primera visita por la(s) condición (es) o Yes o No actual(es) (mes/día/año):

Date of last office visit (mm/dd/yyyy):

Fecha de la última visita (mes/día/año):

Date of next office visit (mm/dd/yyyy):

Fecha de la próxima visita (mes/día/año):

Did you advise your patient to stop working?

¿Le indicó usted al paciente que dejara de trabajar?

☐ Yes ☐ No

Sí No

If yes, effective when? (mm/dd/yyyy):

Si la respuesta es sí, a partir de cuando (mes/día/año):

Has the patient been treated for the same/similar condition in the past? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

¿El paciente ha recibido tratamiento por la misma condición o por una similar en el pasado?

Sí

No

No se sabe

If yes, please provide treatment dates (mm/dd/yyyy): From

Si la respuesta es sí, por favor, proporcione las fechas de los tratamientos (mes/día/año): Desde

Through

Hasta

Is the patient's condition work related? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

¿La condición del paciente está relacionada con su trabajo?

Sí

No

No se sabe

Patient's Height: Estatura del Paciente:

Patient's Weight Peso del Paciente:

What is the primary diagnosis that may impact your patient's functional capacity?

¿Cuál es el diagnóstico principal del paciente que podría afectar su capacidad funcional?

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT (Continued)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (Continuación)

Patient's Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Paciente (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

Please include primary ICD or DSM codes

Por favor, incluya los códigos de ICD o DSM

ICD Code:

Código ICD

DSM:

DSM:

What are the other diagnoses that may impact your patient's functional capacity? ☐ NA

¿Cuáles son las otras condiciones del paciente que podrían afectar la capacidad funcional de su paciente?

No se aplica

Secondary Diagnosis:

Diagnóstico Secundario:

ICD Code:

Código ICD:

Secondary Diagnosis:

Diagnóstico Secundario:

ICD Code:

Código ICD:

Has the patient been hospitalized? ☐ Yes ☐ No

¿El paciente ha sido hospitalizado?

Sí

No

If yes, date hospitalized (mm/dd/yyyy):

Si la respuesta es sí, por favor, indique la fecha de hospitalización (mes/día/año):

through (mm/dd/yyyy):

hasta (mes/día/año):

Was surgery performed? ☐ Yes ☐ No

¿Se realizó cirugía?

Sí

No

If yes, what procedure was performed?

Si la respuesta es sí, por favor, indique el procedimiento

CPT Code:

Código CPT:

Date Surgery Performed (mm/dd/yyyy):

Fecha de la cirugía (mes/día/año):

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT (Continued)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (Continuación)

Patient's Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Paciente (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

B. Functional Capacity Capacidad Funcional

If your patient **does not** have physical and/or behavioral health RESTRICTIONS (activities patient should not do) and/or LIMITATIONS (activities patient cannot do), please initial here _____ and go to **SECTION D**.

Si su paciente no tiene RESTRICCIONES físicas ni relacionadas con la salud del comportamiento (actividades que el paciente no debe realizar) ni LIMITACIONES (actividades que el paciente no puede realizar), firme aquí con sus iniciales _____ y vaya a la SECCIÓN D.

Please note: When considering a standard 8 hour workday with breaks (approximately every two hours) please quantify terms that may not be uniformly understood such as "prolonged", "repetitive", "light-duty", "heavy lifting", or "stressful situations". In addition, never means not at all, occasional means more than never but less than 33% of the time; frequent means 34-66% of the time, and constant means 67-100% of the time.

Tenga en cuenta lo siguiente: Considere un día de trabajo habitual, de 8 horas incluyendo los descansos (aproximadamente cada dos horas), y por favor, describa el número de veces cuando las definiciones que se indican a continuación no correspondan, por ejemplo: "prolongado", "repetitivo", "tareas livianas", "levantar peso" o "situaciones de estrés". Además, "nunca" se define como "en ningún momento"; "ocasionalmente" "más que nunca pero menos que del 33 % de las veces"; "frecuentemente" entre el 34 % y el 66 % de las veces", y "constantemente" significa "entre el 67 % y el 100 % de las veces".

Physical Restrictions and/or Limitations Restricciones y/o Limitaciones Relacionadas con la Salud del Comportamiento

If your patient has CURRENT PHYSICAL RESTRICTIONS (activities patient should not do) and/or PHYSICAL LIMITATIONS (activities patient cannot do) list below. Please be specific and understand that a reply of "no work" or "totally disabled" will not enable us to evaluate your patient's claim for benefits and may result in us having to contact you for clarification.

Si el paciente ACTUALMENTE tiene RESTRICCIONES FÍSICAS (actividades que el paciente no debe realizar) y/o LIMITACIONES FÍSICAS (actividades que el paciente no puede realizar), enumérelas a continuación. Por favor, sea específico y comprenda que una respuesta como "ningún trabajo" o "totalmente incapacitado" no nos permitirá evaluar la reclamación de beneficios del paciente y, quizás tengamos que comunicarnos con usted para que nos explique.

Please provide the duration of these restrictions and limitations. From (mm/dd/yyyy): _____ To (mm/dd/yyyy): _____

Indique la duración de estas restricciones y limitaciones.

Desde (mes/día/año): _____

Hasta (mes/día/año): _____

Behavioral Health Restrictions and/or Limitations Restricciones y/o Limitaciones Relacionadas con el Comportamiento

If your patient has CURRENT BEHAVIORAL HEALTH RESTRICTIONS (activities patient should not do) and/or BEHAVIORAL HEALTH LIMITATIONS (activities patient cannot do) please list below. Please be specific and understand that a reply of "no work" or "totally disabled" will not enable us to evaluate your patient's claim for benefits and may result in us having to contact you for clarification.

ACTUALMENTE el paciente tiene RESTRICCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO (actividades que el paciente no debe realizar) y/o LIMITACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO (actividades que el paciente no puede realizar), enumérelas a continuación. Por favor, sea específico y comprenda que una respuesta como "ningún trabajo" o "totalmente incapacitado" no nos permitirá evaluar la reclamación de beneficios del paciente y, quizás tengamos que comunicarnos con usted para que nos explique.

Please provide the duration of these restrictions and limitations. From (mm/dd/yyyy): _____ To (mm/dd/yyyy): _____

Indique la duración de estas restricciones y limitaciones.

Desde (mes/día/año): _____

Hasta (mes/día/año): _____

What diagnostic or clinical findings support your patient's restrictions and/or limitations as noted above?

¿Qué diagnóstico o estudios clínicos respaldan las restricciones y/o limitaciones del paciente mencionadas anteriormente?

What is your treatment plan? Please include all medications.

¿Cuál es su plan de tratamiento? Por favor, incluya el nombre de todos los medicamentos.

**LONG TERM DISABILITY CLAIM FORM**

The Benefits Center

P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158

Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498

Monday through Friday 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time

ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT (Continued)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (Continuación)

Patient's Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)

Nombre del Paciente (Apellido, Sufijo, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Date of Birth (mm/dd/yyyy)

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

C. Other Treating Providers, Facilities or Hospitals Otros Proveedores Tratantes, Establecimientos u Hospitales

Please provide complete name, contact information and specialty of any other treating physicians, facilities or hospitals.

Por favor, incluya el nombre completo, la información de contacto y la especialidad de los otros médicos tratantes, establecimientos u hospitales.

Name <i>Nombre</i>	Specialty <i>Especialidad</i>	City, State <i>Ciudad, Estado</i>

FRAUD NOTICE: Any person who knowingly files a statement of claim containing false or misleading information is subject to criminal and civil penalties. This includes Attending Physician portion of the claim form.

NOTIFICACIÓN POR FRAUDE: Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye la parte del formulario de reclamación correspondiente al Médico Tratante.

D. Signature of Attending Physician Firma del Médico Tratante**The above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.**

A mi leal saber y entender, las declaraciones anteriores son verdaderas y están completas.

Physician Name (Last Name, First Name, MI, Suffix) Please Print

Nombre del Médico (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Sufijo) En letra imprenta

Medical Specialty *Especialidad Médica*Degree *Título*Address *Dirección*City *Ciudad*State *Estado*Zip *Código postal*Telephone Number *Número de teléfono*Fax Number *Número de Fax*

Physician's Tax ID Number

Número de Identificación de Impuestos del Médico

Are you related to this patient? *¿Tiene algún parentesco con este paciente?* ☐ Yes *Si* ☐ No *No*If yes, what is the relationship? *Si la respuesta es sí, ¿cuál es el parentesco?*Signature of Physician *Firma del Médico*Date *Fecha*

X



The Benefits Center
P.O. Box 100158
Columbia, SC 29202-3158
Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498
www.unum.com

Please sign and return this authorization to The Benefits Center at the address above. You or your authorized representative are entitled to receive a copy of this authorization. This authorization is designed to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule.

Authorization to Collect and Disclose Information
(Not for FMLA Requests)

I authorize the following persons: health care professionals, hospitals, clinics, laboratories, pharmacies and all other medical or medically related providers, facilities or services, rehabilitation professionals, vocational evaluators, health plans, insurance companies, third party administrators, insurance producers, insurance service providers, consumer reporting agencies including credit bureaus, GENEX Services, LLC, The Advocate Group, Brown & Brown Absence Services Group and other Social Security advocacy vendors, professional licensing bodies, employers, attorneys, financial institutions and/or banks, and governmental entities;

To disclose information, whether from before, during or after the date of this authorization, about my health, including HIV, AIDS or other disorders of the immune system, information on the diagnosis, treatment, and testing results related to sexually transmitted diseases, unless further restricted by state law, use of drugs or alcohol, mental or physical history, condition, advice or treatment (except this authorization does not authorize release of psychotherapy notes), prescription drug history, earnings, financial or credit history, professional licenses, employment history, insurance claims and benefits, and all other claims and benefits, including Social Security claims and benefits ("My Information");

To Unum Group and its subsidiaries, Unum Life Insurance Company of America, First Unum Life Insurance Company*, Unum Insurance Company, Provident Life and Accident Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company*, The Paul Revere Life Insurance Company* and persons who evaluate claims for any of those companies ("Unum");

So that Unum may evaluate and administer my claims, including providing assistance with return to work. For such evaluation and administration of claims, this authorization is valid for two years, or the duration of my claim for benefits (to include any subsequent financial management and/or benefit recovery review), whichever is shorter. I understand that once My Information is disclosed to Unum, any privacy protections established by HIPAA may not apply to the information, but other privacy laws continue to apply. Unum may then disclose My Information only as permitted by law, including, state fraud reporting laws or as authorized by me.

I also authorize Unum to disclose My Information to the following persons (for the purpose of reporting claim status or experience, or so that the recipient may carry out health care operations, claims payment, administrative or audit functions related to any benefit, plan or claim): any employee benefit plan sponsored by my employer; any person providing services or insurance benefits to (or on behalf of) my employer, any such plan or claim, or any benefit offered by Unum; or, the Social Security Administration. Unum will not condition the payment of insurance benefits on whether I authorize the disclosures described in this paragraph. For the purposes of these disclosures by Unum, this authorization is valid for one year or for the length of time otherwise permitted by law.

If I do not sign this authorization or if I alter or revoke it, except as specified above, Unum may not be able to evaluate or administer my claim(s), which may lead to my claim(s) being denied. I may revoke this authorization at any time by sending written notice to the address above. I understand that revocation will not apply to any information that Unum requests or discloses prior to Unum receiving my revocation request.

Insured's Signature

Date Signed

Printed Name

Social Security Number

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

Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.

*Only First Unum Life Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company and The Paul Revere Life Insurance Company are admitted in and conduct business in New York.



The Benefits Center
P.O. Box 100158
Columbia, SC 29202-3158
Phone: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498
www.unum.com

Por favor firme y entregue esta autorización a The Benefits Center, a la dirección de arriba. Usted o su representante autorizado tienen derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta autorización está diseñada para cumplir con la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

**Autorización para recopilar y divulgar información
(No para solicitudes de FMLA)**

Autorizo a las siguientes personas: profesionales de cuidado de la salud, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias y todos los demás proveedores médicos o relacionados médicamente, centros o servicios médicos, profesionales de rehabilitación, evaluadores vocacionales, planes de salud, compañías de seguros, administradores de terceros, productores de seguros, proveedores de servicios de seguros, agencias de informes de consumidores, incluyendo oficinas de crédito, GENEX Services, LLC, The Advocator Group, Brown & Brown Absence Services Group y otros proveedores de defensoría del Seguro Social, cuerpos de matriculación profesionales, empleadores, abogados, instituciones financieras y/o bancos, y entidades del gobierno;

A divulgar información, sea de antes, durante o después de la fecha de esta autorización acerca de mi salud, incluyendo VIH, SIDA u otros trastornos del sistema inmune, información acerca del diagnóstico, tratamiento, y los resultados de pruebas relacionados con enfermedades de transmisión sexual, a menos que haya restricciones por parte de una ley estatal, uso de drogas o alcohol, historia, condición, asesoramiento o tratamiento mental o física (excepto que esta autorización no autoriza la divulgación de notas de psicoterapia), historia de drogas recetadas, historia de ganancias, financiera o crediticia, licencias profesionales, historia de empleo, reclamos y beneficios de seguros, y todo otro reclamo y beneficio, incluyendo reclamos y beneficios del Seguro Social ("Mi Información");

A Unum Group y sus subsidiarias, Unum Life Insurance Company of America, First Unum Life Insurance Company*, Unum Insurance Company, Provident Life and Accident Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company*, The Paul Revere Life Insurance Company* y personas que evalúan reclamos para cualquiera de estas compañías ("Unum");

Para que Unum pueda evaluar y administrar mis reclamos, incluyendo la provisión de asistencia con la vuelta al trabajo. Para dicha evaluación y administración de reclamos, esta autorización es válida durante dos años, o por la duración de mi reclamo de beneficios (para incluir cualquier revisión posterior de administración financiera y/o recuperación de beneficios), la que sea más corta. Entiendo que una vez que Mi Información sea divulgada a Unum, toda protección de privacidad establecida por HIPAA podría no aplicarse a la información, pero seguirán aplicándose otras leyes de privacidad. Unum podrá entonces divulgar Mi Información solo según sea permitido por ley, incluyendo leyes estatales de información de fraudes o según sea autorizado por mí.

También autorizo a Unum a divulgar Mi Información a las siguientes personas (con el propósito de informar el estado o la experiencia de un reclamo, o para que el receptor pueda realizar operaciones de cuidado de la salud, pago de reclamos, funciones administrativas o de auditoría relacionadas con cualquier beneficio, plan o reclamo): todo plan de beneficios para empleados patrocinado por mi empleador; toda persona que provea servicios o beneficios de seguros a (o en nombre de) mi empleador, todo plan o reclamo de este tipo, o todo beneficio ofrecido por Unum; o la Administración del Seguro Social. Unum no condicionará el pago de beneficios de seguro en base a si yo autorizo las divulgaciones descritas en este párrafo. Para los propósitos de estas divulgaciones por Unum esta autorización es válida durante un año o durante el tiempo permitido de otra forma por ley.

Si yo no firmo esta autorización o si la altero o revoco, excepto según lo especificado arriba, Unum podría verse imposibilitado de evaluar o administrar mis reclamos, lo que podría llevar a que mis reclamos sean denegados. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la dirección de arriba. Entiendo que la revocación no se aplicará a ninguna información que Unum solicite o divulgue antes de que Unum reciba mi pedido de revocación.

Firma del Asegurado

Fecha de la firma

Nombre en letra de imprenta

Número del Seguro Social

He firmado en nombre del Asegurado como _____ (Tipo de relación).

Si es Apoderado, Tutor o Conservador, adjunte por favor una copia del documento que otorga autoridad.

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

*Solo se admiten y realizan negocios en Nueva York las empresas First Unum Life Insurance Company, Provident Life and Casualty Insurance Company y The Paul Revere Life Insurance Company.