

Cómo presentar

una solicitud de reclamación de ausencia y/o incapacidad a corto plazo por teléfono o a través del sitio Web de Unum



Williams College

Póliza de incapacidad a corto plazo núm.:

431174

www.unum.com

Teléfono: 866-779-1054

Fax: 800-447-2498

De lunes a viernes

De

8:00 a.m.

a

8:00 p.m.

Este

CUÁNDO DEBE LLAMAR A UNUM

- Cuando su profesional de la salud determine que usted no puede trabajar debido a una enfermedad, lesión o embarazo.
- Cuando necesite ausentarse del trabajo para cuidar de un familiar que tenga una afección grave.
- Cuando necesite cuidar de un niño bajo las siguientes circunstancias: nacimiento, adopción o colocación en adopción temporal.
- Cuando necesite ausentarse del trabajo con motivo de una urgencia calificada debido al hecho de que su esposo(a), hijo, hija, padre o madre se encuentre en servicio activo cubierto (o haya sido notificado de un llamado u orden urgente para prestar servicio activo cubierto) en las Fuerzas Armadas.
- Cuando usted necesite cuidar de su esposo(a), hijo(a), padre, madre o pariente más cercano que esté recibiendo tratamiento médico, que se esté recuperando o esté en terapia, que sea un paciente ambulatorio o que esté en la lista de jubilados por incapacidad temporal por haber sufrido una lesión o enfermedad grave o cuya condición o lesión se haya agravado mientras estaba cumpliendo con su deber en el servicio activo en las Fuerzas Armadas (incluyendo a la Guardia Nacional o las Reservas). Esto incluye a los veteranos que hayan recibido su baja de las Fuerzas Armadas por motivos que no sean baja por conducta deshonrosa en algún momento dentro de un período previo de cinco años a la fecha del primer día de ausencia del empleado.
- Cuando necesite algún otro tipo de ausencia que pueda estar incluida en las leyes estatales de ausencia que correspondan.
- Si sabe que tendrá una ausencia planificada y anticipada de Treinta días por un tratamiento médico relacionado con una condición de salud grave, ya sea para usted o un familiar, en relación con un nacimiento anticipado, una adopción permanente, o una adopción temporal (foster care).
- Treinta días antes de una incapacidad en base a la fecha anticipada del nacimiento de un niño o la fecha planificada para un tratamiento médico.

CUÁLES SON LOS SIGUIENTES PASOS

- Notifíquelo a su gerente o supervisor su ausencia del trabajo.
- Para presentar una reclamación, llame al teléfono que aparece a la izquierda. Por favor, esté preparado para proporcionar la información que se necesita en la página 2 de este folleto.
- Para iniciar su reclamación y/o solicitud de ausencia a través del sitio Web de Unum, vaya a www.unum.com, y siga las instrucciones acerca de cómo iniciar una reclamación y/o solicitud de ausencia.
- Si es elegible para el beneficio de ausencia, es posible que sea necesario un certificado del profesional de la salud. En este caso se le enviará por correo este formulario a través de un paquete de ausencia inicial dentro de dos días hábiles de la fecha en que presente su solicitud de ausencia. Tendrá un mínimo de 15 días a partir del día en que la ausencia sea solicitada para llenar la certificación del profesional de la salud.

PARA RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

- Proporcione al profesional de la salud que lo atiende una copia del formulario de autorización firmada y fechada (última página de este folleto). Este formulario autoriza la divulgación de la información médica requerida para analizar su reclamación de incapacidad.
- Cuando ya haya presentado su reclamación de Incapacidad a Corto Plazo, por favor, envíe por fax o correo una copia de la autorización firmada y fechada a Unum Benefits Center al siguiente número gratuito de fax, 800-447-2498. Si lo prefiere, puede firmar y presentar su autorización de forma electrónica a través del sitio de internet www.unum.com/claims.

NUUESTRO COMPROMISO CON USTED

Reconocemos que una enfermedad o lesión que ocasione incapacidad puede resultarle en desafíos emocionales, físicos y financieros, y queremos hacer todo lo que esté a nuestro alcance para ayudarlo. Cuente con nuestro compromiso de que le brindaremos un servicio responsable y seremos comprensivos y delicados con las circunstancias de su situación durante el proceso de la reclamación.

INFORMACIÓN REQUERIDA PARA INICIAR UNA RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y/O SOLICITUD DE AUSENCIA

Por favor, esté preparado para proporcionar la siguiente información cuando llame para iniciar su reclamación/ausencia.

Si otra persona llama en su nombre, deberá proporcionar esta información.

- Nombre de la compañía en la que trabaja
- Número de póliza (se encuentra en la primera página de este folleto)
- Su nombre y número de Seguro Social o de identificación de empleado
- Dirección y número de teléfono completos
- Fecha de nacimiento
- Estado civil
- Ocupación (o cargo en su trabajo)
- Nombre y número de teléfono del supervisor
- El último día que trabajó y el primer día que no trabajó debido a esta reclamación y/o solicitud de ausencia.
- La fecha en que espera volver al trabajar (si la conoce) o la fecha real en caso de que ya haya vuelto a trabajar al momento de llamar.

Por favor, tome en cuenta que: La ausencia es una protección laboral cubierta bajo leyes federales y estatales en tanto que el pago por incapacidad constituye el reemplazo de ingresos. En varios casos, las dos coberturas coinciden cuando usted falta al trabajo debido a una lesión o enfermedad que usted mismo padece.

Además de lo anterior, necesitará proporcionar la siguiente información cuando inicie una reclamación por incapacidad.

- Nombre, dirección, número de fax y de teléfono de los profesionales de la salud
- Una breve descripción de su afección que incluya la causa de la afección (enfermedad o lesión), la fecha de la lesión o de comienzo de la enfermedad y si está relacionada con el trabajo.
- Las fechas de su primera consulta, su consulta más reciente y su próxima consulta planeada con el profesional de la salud que lo atiende por esta afección.
- Las restricciones o limitaciones laborales que le haya aconsejado el profesional de la salud que lo atiende, si las hubiera.

Es importante que se reciba la información completa por parte del profesional de la salud que lo atiende lo antes posible para que la decisión de su caso no se demore y usted reciba su pago, si fuera elegible.

Es posible que Unum solicite información médica adicional para poder entender mejor su reclamación. El tiempo que demore en tomar una determinación dependerá de cuán rápido se reciba la información.

Unum lo apoyará en sus esfuerzos para reunir toda la información necesaria por el tiempo que dure su reclamación.

INFORMACIÓN QUE PODRÍA SER IMPORTANTE PARA USTED

Revise en el Internet el estatus de su reclamación, la correspondencia y las actualizaciones en cualquier momento.

Unum ha desarrollado una forma fácil y segura para que usted pueda administrar su reclamación por incapacidad en el Internet.

Nuestros servicios a través de un sitio web seguro le permiten tener acceso y realizar cambios en sus reclamaciones abiertas y también ver actualizaciones y correspondencia en el momento en que estén disponibles.

Nuestro sitio seguro le ayuda a eliminar los retrasos y es fácil de usar. A continuación se enumeran algunas de sus principales ventajas:

- Firme y presente su formulario electrónico de autorización para su caso de incapacidad.
- Suba documentos para las reclamaciones por incapacidad desde su computadora personal.
- Inscríbese para recibir pagos de su reclamación a través de depósito directo, cuando corresponda.
- Revise el estatus de su reclamación, la correspondencia y la información más reciente acerca de los pagos.
- Verifique y cambie su información personal y lleve un control del progreso de su reclamación.

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

Unum Group, 1 Fountain Square, Chattanooga, TN 37402

unum.com

Declaraciones de advertencia por fraude en reclamaciones

Advertencia por fraude

A fin de protegerlo, las leyes de diversos estados, incluyendo Alaska, Arizona, Arkansas, Delaware, Idaho, Indiana, Louisiana, Maine, Maryland, New Mexico, Ohio, Oklahoma, Rhode Island, Tennessee, Texas, Virginia, Washington, y West Virginia exigen que se publique la siguiente declaración en este formulario de reclamación:

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 sujeto al pago de multas y reclusión en una prisión.

Advertencia por fraude para los residentes de Alabama

A fin de protegerlo, la ley de Alabama exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o quien a sabiendas presente información falsa en una aplicación para obtener seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o a reclusión en una prisión o cualquier combinación de estas.

Advertencia por fraude para los residentes de California

A fin de protegerlo, la ley de California exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

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

Advertencia por fraude para los residentes de Colorado

A fin de protegerlo, la ley de Colorado exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

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

Advertencia por fraude para los residentes del Distrito de Columbia

A fin de protegerlo, la ley del Distrito de Columbia exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

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

Advertencia por fraude para los residentes de Florida

A fin de protegerlo, la ley de Florida exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

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

Advertencia por fraude para los residentes de Kentucky

A fin de protegerlo, la ley de Kentucky exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

Toda 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 sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha reclamación comete un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.

Advertencia por fraude para los residentes de Minnesota

A fin de protegerlo, la ley de Minnesota exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

Una persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o ayudar a cometer fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

Advertencia por fraude para los residentes de New Hampshire

A fin de protegerlo, la ley de New Hampshire exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

Toda persona que, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a un proceso judicial y a represalia por fraude en materia de seguros, según se establece en RSA 638.20.

Advertencia por fraude para los residentes de New Jersey

A fin de protegerlo, la ley de New Jersey exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

Toda 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 sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha declaración incurrirá en el delito de un acto fraudulento en materia de seguros, y está sujeto a proceso judicial y sanciones civiles.

Advertencia por fraude para los residentes de New York

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

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 (\$5,000) dólares y el valor establecido de la reclamación por cada violación.

Advertencia por fraude para los residentes de Pennsylvania

A fin de protegerlo, la ley de Pennsylvania exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

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 incurrirá en el delito de un acto fraudulento en materia de seguros, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Advertencia por fraude para los residentes de Puerto Rico

A fin de protegerlo, la ley de Puerto Rico exige que se publique lo siguiente en este formulario de reclamación:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, provea información falsa en una solicitud de seguro, o presente una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o ayude en dicha presentación o la cause, o presente más de una reclamación por el mismo daño o la misma pérdida, comete un delito grave y, en el momento de recibir la condena, será sancionado por cada violación con una multa que no podrá ser inferior a los cinco mil (\$5,000) dólares ni superior a los diez mil (\$10,000) dólares, o con una pena de prisión establecida de tres (3) años, o ambas sanciones. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción establecida de dicha forma podrá ser incrementada hasta un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, podrá reducirse hasta un mínimo de dos (2).



The Benefits Center
 P.O. Box 100158
 Columbia, SC 29202-3158
 Toll-free: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498
 Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Eastern Time)

Please sign and return this authorization to The Benefits Center at the address above. You 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 Advocator 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, 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, Provident Life and Accident 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.



The Benefits Center
 P.O. Box 100158
 Columbia, SC 29202-3158
 Toll-free: 1-800-858-6843 Fax: 1-800-447-2498
 Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Eastern Time)

Por favor, firme y envíe esta autorización a The Benefits Center a la dirección antes mencionada. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta autorización está diseñada para cumplir con la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

**Autorización para obtener y divulgar información
 (No se aplica a las solicitudes en virtud de la Ley de ausencia familiar y médica, FMLA)**

Autorizo a las siguientes personas: profesionales de atención médica, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias y a todos los proveedores, instituciones o servicios de salud o relacionados con la salud, profesionales de rehabilitación, evaluadores vocacionales, planes de salud, compañías de seguros, administradores de terceros, productores de seguros, proveedores de servicios de seguros, agencias de información sobre los consumidores, incluidas las oficinas de crédito, GENEX Services, LLC, TheAdvocator Group y otros proveedores de asistencia del Seguro Social, organismos encargados del otorgamiento de las licencias profesionales, empleadores, abogados, instituciones financieras o bancos, y entidades gubernamentales;

A divulgar información, ya sea de antes, durante la fecha de esta autorización o después de esta, sobre mi salud, incluyendo VIH, SIDA u otros trastornos del sistema inmunológico, uso de drogas o alcohol, los historiales mentales o físicos, condición, asesoramiento o tratamiento (excepto que esta autorización no autorice la divulgación de las notas de psicoterapia), historial de medicamentos recetados, ingresos, historial financiero o crediticio, licencias profesionales, antecedentes de empleo, reclamaciones y beneficios de seguro, y todas las otras reclamaciones y beneficios, incluyendo reclamaciones y beneficios del Seguro Social ("Mi información");

A Unum Group y sus subsidiarias, Unum Life Insurance Company of America, Provident Life and Accident Insurance Company, The Paul Revere Life Insurance Company, y a las personas que evalúan las reclamaciones para cualesquiera de estas empresas ("Unum");

Para que Unum pueda evaluar y administrar mis reclamaciones, incluyendo el proveer asistencia para regresar a trabajar. Para tal evaluación y administración de las reclamaciones, esta autorización es válida durante dos años o la duración de mi reclamación de beneficios, la que sea más corta. Entiendo que una vez que se divulgue Mi información a Unum, es posible que las protecciones de privacidad establecidas por la HIPAA no se apliquen a la información, pero sí que continúen vigentes otras leyes de privacidad. Unum puede divulgar Mi información solo si lo permite la ley, incluyendo las leyes estatales sobre informe de fraude o en la medida que yo lo autorice.

Además, autorizo a Unum a divulgar Mi información a las siguientes personas (para comunicar el estado de la reclamación o experiencia, o bien para que el destinatario pueda realizar operaciones de cuidados médicos, pagos de reclamaciones y funciones administrativas y de auditoría relacionadas con cualquier plan, beneficio o reclamación): cualquier plan de beneficios para empleados patrocinados por mi empleador; toda persona que preste servicios o beneficios de seguro a (o en nombre de) mi empleador, dicho plan o reclamación; o cualquier beneficio ofrecido por Unum o la Administración del Seguro Social. Unum no condicionará el pago de los beneficios del seguro a que yo autorice las divulgaciones descritas en este párrafo. A los efectos de dichas divulgaciones de parte de Unum, esta autorización es válida durante un año o durante el plazo permitido por la ley.

La información autorizada para el uso o la divulgación puede incluir información que indique la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa.

Si no firmo esta autorización o si la altero o revoco, salvo dentro de las especificaciones anteriores, podría ser que Unum no pueda evaluar o administrar mis reclamaciones, lo que podría ocasionar que mis reclamaciones sean denegadas. Podré revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación escrita a la dirección mencionada anteriormente. Comprendo que mi revocación no se aplicará a ninguna información que Unum solicite o divulgue antes de que Unum reciba mi solicitud de revocación.

 Firma del Asegurado

 Fecha de la Firma

 Nombre en Letra Imprenta

 Número de Seguro Social

Firmé en nombre del asegurado en carácter de _____ (Relación). Si es Designado con Poder Legal, Tutor o Curador, por favor, adjunte una copia del documento que le otorga dicha facultad. Unum es una marca registrada y una marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.