

*\*Si gana propinas, envíe su W-2 para verificar los ingresos y evitar demoras\**

BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY

BENEFITS ADMINISTRATION

PO Box 268956 • Oklahoma City, OK 73126-8956

TEL (800) 320-4445 FAX 888-594-5729



FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

**KIT DE RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD  
PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD DE CORTO O LARGO PLAZO**

**INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD**

La información solicitada en este kit es necesaria para la administración rápida y precisa de su reclamación. Si el formulario de reclamación no se completa en su totalidad, la determinación de los beneficios se podría retrasar hasta que se haya recibido toda la información requerida. Si una pregunta no corresponde, escriba "NC" (no corresponde) en esos espacios.

**Hay tres (3) secciones principales para completar en este kit:**

**Sección 1: Declaración del empleado**

El empleado debe completar esta sección en su totalidad.

**Sección 2: Declaración del empleador**

El empleador debe completar esta sección en su totalidad.

**Sección 3: Declaración del médico**

El médico tratante debe completar esta sección en su totalidad.

*Incluido*

\*El asegurado también debe completar un Formulario de autorización que cumpla con HIPAA y devolverlo con este kit de reclamación. Podrá encontrarlo en nuestro sitio web [www.bostonmutual.com](http://www.bostonmutual.com).

Cuando haya completado todas las secciones de este formulario, envíenoslo a la siguiente dirección.

Es su responsabilidad y la de su empleador informarnos sobre cualquier fecha programada o real de regreso al trabajo lo antes posible.

Si se produjera un sobrepago en su reclamación, nos debe devolver el monto del sobrepago.

Dónde enviar los formularios de reclamación:

*FAX # (888) 594-5729*

**ENVIAR POR CORREO A: BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY  
BENEFITS ADMINISTRATION**

**P.O. Box 268956 • Oklahoma City, Oklahoma 73126-8956**



BENEFITS ADMINISTRATION

PO Box 268956 • Oklahoma City, OK 73126-8956

TEL (800) 320-4445 FAX 888-594-5729

FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

SECCIÓN 1 - DECLARACIÓN DEL EMPLEADO (en letra de imprenta)

Nombre completo (Apellido, nombre)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento (mes-día-año)	Número de seguro social
------------------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------

Dirección (Ciudad, Estado, Código postal)

Número de teléfono	Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico
--------------------	----------------------------	---------------------------------

Estado civil	Si está casado(a), nombre del cónyuge
--------------	---------------------------------------

Listado de todos sus hijos (Nombres y fechas de nacimiento)

Fecha de discapacidad (mes-día-año)	Ocupación en el momento de la discapacidad	¿Se debió este accidente o enfermedad al empleo? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--	---

Fecha en la que volvió a trabajar a tiempo parcial \_\_\_\_\_ Fecha en la que regresó a trabajar a tiempo completo \_\_\_\_\_  
(mes-día-año) (mes-día-año)

Si no ha regresado al trabajo, ¿cuándo espera regresar?: Tiempo completo \_\_\_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_\_\_  
(mes-día-año) (mes-día-año)

Describe cómo y dónde ocurrió el accidente o describa los primeros síntomas de su enfermedad:

Fecha del primer tratamiento \_\_\_\_\_ Tratado por: \_\_\_\_\_  
(mes-día-año) (nombre y dirección)

¿Alguna vez ha tenido la misma afección o similar en el pasado? Sí  NO  Si su respuesta es Sí, sírvase explicar:

Nombre	Dirección	Fecha(s)



**BENEFITS ADMINISTRATION**  
 PO Box 268956 • Oklahoma City, OK 73126-8956  
 TEL (800) 320-4445 FAX 888-594-5729

FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

**SECCIÓN 1 - DECLARACIÓN DEL EMPLEADO . . . cont. (en letra de imprenta)**

¿Está recibiendo, o espera recibir, o ha solicitado:

	Monto	Fecha de inicio	Fecha de finalizació
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Seguro social	_____	_____	_____
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Beneficios de indemnización del trabajador	_____	_____	_____
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Beneficios de pensión o jubilació	_____	_____	_____
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Plan estatal por enfermedad	_____	_____	_____
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Reemplazo salarial de seguro de automóvil	_____	_____	_____
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Continuación salarial/Pago por enfermedad	_____	_____	_____
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Otros beneficio (especifique)	_____	_____	_____

**• SI UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS PROPORCIONA CUALQUIERA DE LOS BENEFICIOS ANTERIORES, COMPLETE EL PUNTO A CONTINUACIÓN •**

Nombre de la aseguradora: NA

Dirección: \_\_\_\_\_ Tipo de seguro: \_\_\_\_\_

Si se aprueban los beneficios, ¿desea que se retengan de su cheque los impuestos federales sobre la renta? SÍ  NO

En caso afirmativo, indique el monto en dólares que desea que se retenga \_\_\_\_\_ por semana  por mes

Si se aprueban los beneficios, ¿desea que se retengan de su cheque los impuestos estatales sobre la renta? SÍ  NO

En caso afirmativo, indique el monto en dólares que desea que se retenga \_\_\_\_\_ por semana  por mes

**Authorization**

CERTIFICO que la información proporcionada es verdadera según mi leal saber y entender.

POR EL PRESENTE AUTORIZO a cualquier administrador del plan de beneficios, socio comercial, empleador, institución financiera, agencia gubernamental, compañía de seguros y reaseguros, organización de apoyo de seguros, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos y la Administración de Veteranos, a suministrar o divulgar (*verbalmente o por escrito*) o poner a disposición (*para revisión y copia*) a Boston Mutual Life Insurance Company, o sus representantes autorizados, toda la información no médica que tenga sobre mí. La información no médica incluye, entre otros: ingresos e historial de empleo, información financiera, beneficios de seguros, reclamaciones o cobertura, obligaciones laborales e informes de accidentes de tránsito.

ENTIENDO que Boston Mutual Life Insurance Company utilizará cualquier información adquirida de conformidad con esta Autorización para determinar mi elegibilidad para los beneficios del seguro en virtud de las reclamaciones que se le presenten, para verificar las representaciones hechas por mí en mi solicitud de seguro o para cualquier otro propósito legal y podrá ser divulgada o no por Boston Mutual Life Insurance Company a: (1) compañías de reaseguro, (2) otras personas u organizaciones de apoyo de seguros que prestan servicios comerciales o legales en relación con mi reclamación o solicitud de seguro, o (3) según se requiera legalmente:

ADEMÁS, he leído y firmado el formulario de Autorización de HIPAA para permitir que Boston Mutual Life Insurance Company obtenga mi información médica, según lo permitido por el formulario de Autorización de HIPAA, y he recibido y leído una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la información de Boston Mutual Life Insurance Company.

Esta autorización es válida por (24) veinticuatro meses a partir de la fecha de la firma a continuación

**Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto "Avisos de advertencia de fraude" de su estado.**

X \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY**



**BENEFITS ADMINISTRATION**  
 PO Box 268956 • Oklahoma City, OK 73126-8956  
 TEL (800) 320-4445 FAX 888-594-5729

FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

**\* Trabajo \*** **SECTION 2 - EMPLOYER'S STATEMENT (Please Print)**

Employee's Name (Last, First)		Policy No.	Division No.	Insurance Class
Occupation (Please attach a copy of job description if available)		Date of Hire	Employee's LTD/STD Effective Date	Employee's Premium Contribution % <u>100</u> <input type="checkbox"/> Pre-Tax <input checked="" type="checkbox"/> Post-Tax
Employee's Regular Work Schedule ___ Days per Week    ___ Hours per Day <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Exempt <input type="checkbox"/> Non Exempt <input type="checkbox"/> Seasonal		Salary Prior to Date Last Worked Base Wages \$ _____ W-2 Earnings \$ _____ Overtime \$ _____ Commissions \$ _____ Bonus \$ _____		How was Employee Paid <input type="checkbox"/> Hourly \$ _____ <input type="checkbox"/> Salaried \$ _____ Date of last pay increase: _____
Date Last Worked	Hours Worked that Day	Has employee returned to work? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		If YES, date _____ <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time

Were there any changes to the employee's job responsibilities due to the medical condition before the employee stopped working?  
 If yes, what were the changes and when were they made? YES  NO

Can the employee's job be modified to accommodate the disability either temporarily or permanently?  
 If yes, please explain. YES  NO

Is it possible to offer the employee assistance in doing the job through use of technology or personal assistance for example?  
 If yes, please explain. YES  NO

Is employee receiving or eligible to receive	YES		Amount	Week	Month	Provider Name/Address (if an insurer)	Date Benefits		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					Begin	End	
Short Term Disability	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Salary Continuation/Sick Leave	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
State Disability	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Auto Ins. Wage Replacement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Social Security	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Worker's Compensation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Has a Worker's Compensation Claim been filed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If workers' compensation benefits have been denied, submit a copy of denial with the claim.						

Name and address of the employee's medical insurance carrier or HMO (provide policy or ID No.)

Do you have a pension plan? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Is this employee eligible for your pension plan? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If YES, when is employee eligible _____	What % does employee contribute? _____ %
Employer Name	Phone No.	Fax No.
Address	City	State      Zip
Name of Person Completing this form	Title	
Signature (The above statements are true and complete to the best of my knowledge.)		Date

**BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY**



**BENEFITS ADMINISTRATION**

PO Box 268956 • Oklahoma City, OK 73126-8956

TEL (800) 320-4445 FAX 888-594-5729

FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

\* *Medico* \*

**SECTION 3 – PHYSICIAN’S STATEMENT**

Patient’s Name \_\_\_\_\_

Patient is/was unable to work due to: (check one)  Injury  Illness  Pregnancy EDC \_\_\_\_\_

Diagnosis (include complications and ICD9) \_\_\_\_\_ Is condition due to injury or illness arising out of patient’s employment? YES  NO

Date you advised patient to stop working \_\_\_\_\_ Date of First Visit \_\_\_\_\_ Date of Last Visit \_\_\_\_\_

**COMPLETE THE FOLLOWING ITEMS FOR NON-PREGNANCY RELATED CONDITIONS (excluding Complicated Pregnancy)**

Has patient ever had same or similar condition? YES  NO  If YES, state when and describe \_\_\_\_\_

Objective Findings (x-rays, EKG’s, lab data and clinical findings)	Subjective Symptoms
Nature of Treatment (surgery, medications, etc.)	Provide medication dosage and frequency

Has Patient been hospitalized? YES  NO   
 If YES, Name and Address of Hospital \_\_\_\_\_ Dates of Confinements \_\_\_\_\_

Restrictions and Limitations (what the patient cannot do)	Mental Impairment (if applicable) Provide 5 AXIS Diagnosis I IV II V III
---	---

If this is a cardiac condition, what is the functional capacity? (American Heart Association)  
 Class 1 – No Limitation  Class 3 – Marked Limitation  
 Class 2 – Slight Limitation  Class 4 – Complete Limitation

Has maximum medical improvement been achieved? YES  NO  If no, when do you expect a fundamental change? (please specify) \_\_\_\_\_

When do you estimate patient will recover sufficiently to perform the duties of his/her occupation \_\_\_\_\_ (mo-day-yr)  
 When do you estimate patient will recover sufficiently to perform the duties of any occupation \_\_\_\_\_ (mo-day-yr)  
 If employer can accommodate patient’s restrictions and limitations, is patient able to return to part time and/or light duty work?  
 YES  NO (please explain)

Remarks: \_\_\_\_\_

Physician Name (please print)	Degree	Specialty
Address	City	State Zip
Phone No.	Fax No.	Tax ID No.

Physician’s Signature (The above statements are true and complete to the best of my knowledge – No Stamps Please) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\* Ustet \*



Authorization for Release of Health-Related Information To BOSTON MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY  
(This authorization complies with the HIPAA Privacy Rule)

X \_\_\_\_\_  
Name of (Proposed) Insured/Patient (please print) Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Name of Second (Proposed) Insured/Patient (please print) Date of Birth

I authorize any health plan, physician, health care professional, hospital, clinic, laboratory, pharmacy, medical facility, or other health care provider ("Providers") that has provided payment, treatment or services to the person named above, or on such person's behalf, to disclose the entire medical record and any other protected health information concerning such person to the Boston Mutual Life Insurance Company (BML) and its employees, representatives and reinsurers. This includes information on the diagnosis or treatment of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and sexually transmitted diseases. This also includes information on the diagnosis and treatment of mental illness and the use of alcohol, drugs, and tobacco, but excludes psychotherapy notes.

By my signature below, I acknowledge that any agreements such person has made to restrict protected health information do not apply to this authorization, and I instruct any physician, health care professional, hospital, clinic, medical facility, or other health care provider to release and disclose the entire medical record without restriction.

This protected health information is to be disclosed under this Authorization so that BML may: 1) underwrite an application for coverage, make eligibility, risk rating, policy issuance and enrollment determinations; 2) obtain reinsurance; 3) administer claims and determine or fulfill responsibility for coverage and provision of benefits; 4) administer coverage; and 5) conduct other legally permissible activities that relate to any coverage such person named above has or has applied for with BML.

This authorization shall remain in force for 24 months following the date of my signature below, and a copy of this authorization is as valid as the original. I understand that I have the right to revoke this authorization in writing, at any time, by sending a written request for revocation to BML at 120 Royall Street, Canton, MA 02021, Attention: Privacy Officer. I understand that a revocation is not effective to the extent that any of the Providers have relied on this Authorization or to the extent that BML has a legal right to contest a claim under an insurance policy or to contest the policy itself. I understand that any information that is disclosed pursuant to this authorization may be redisclosed and is no longer covered by federal rules governing privacy and confidentiality of health information.

I understand that the Providers may not refuse to provide treatment or payment for health care services if I refuse to sign this authorization. I further understand that if I refuse to sign this authorization to release complete medical records, BML may not be able to process an application for coverage, or if coverage has been issued may not be able to make any benefit payments. I acknowledge that I have received a copy of BML's Notice of Information of Privacy Practices. I have read this authorization and understand that I or my authorized representative can receive a copy of it.

X \_\_\_\_\_  
Signature of Proposed Insured/Claimant/Patient or Personal Representative Date

\_\_\_\_\_  
Description of Personal Representative's Authority or Relationship to Proposed Insured/Claimant/Patient

\_\_\_\_\_  
Signature of Second Proposed Insured/Claimant/Patient or Personal Representative Date

\_\_\_\_\_  
Description of Personal Representative's Authority or Relationship to Second Proposed Insured/Claimant/Patient

• DESIGNATION OF AUTHORIZED PERSONAL REPRESENTATIVE •

I, the undersigned, designate \_\_\_\_\_, the beneficiary(ies) of this Boston Mutual Life Insurance policy, as my authorized personal representative(s) who, upon my death, may authorize the release of and may review all Protected Health Information relating to a claim against this policy. This designation will be void if I change my beneficiary(ies) or otherwise appoint another authorized personal representative.

\_\_\_\_\_  
Signature of Insured Date

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

**Boston Mutual Life Insurance Company**

(En lo sucesivo también expresado como "nosotros", "nos", «nuestro/a»)



FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.®

## **PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN**

Para proteger su información personal no pública, mantenemos: salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento.

## **RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN**

Recopilamos información sobre usted para realizar negocios. Tales usos son: procesar solicitudes de productos de seguros, proporcionar servicio al cliente, procesar reclamaciones, cumplir con requisitos legales y regulatorios y con otros fines legales. Recopilamos esta información de usted, así como de otras fuentes. Restringimos el acceso a su información a aquellos que trabajan en nuestro nombre, que necesitan conocerla para poder brindarle productos y servicios. Les exigimos que mantengan la información de manera segura y confidencial.

▶ ***La información que recopilamos puede incluir toda la información que comparte con nosotros, incluso, por ejemplo:***

- su nombre
- su dirección
- su número de teléfono
- su fecha de nacimiento
- su número de seguro social o identificación tributaria
- el nombre de su empleador e ingresos
- los datos del beneficiario
- los números de sus cuentas financieras
- información de su salud
- y otra información que comparta con nosotros

▶ ***También podemos recopilar datos que recibimos de otras fuentes, según lo permitido por la ley, que pueden incluir:***

- información de salud
- información de informes del consumidor conforme a la Ley de Informes de Crédito Justos
- información de participantes de las organizaciones que compran productos o servicios nuestros en beneficio de sus miembros o empleados, como el seguro grupal
- información para ayudarnos a cumplir con las leyes estatales y federales

## **INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**

No compartimos información sobre nuestros clientes o antiguos clientes con nadie, excepto según lo permitido o requerido por la ley.

▶ ***Podemos compartir su información con terceros sin su autorización según lo permitido por la ley. Dicha información es utilizada en nuestro nombre por tercero para:***

- procesar o llevar a cabo sus transacciones de seguro con nosotros
- realizar la suscripción, mantenimiento de cuentas, administración y funciones de reclamaciones
- brindar servicio al cliente o cobertura de reaseguro
- prevenir el fraude
- realizar otras funciones comerciales en nuestro nombre

▶ ***También podemos compartir su información con:***

- una agencia de informes del consumidor de acuerdo con la Ley de Informes de Crédito Justos
- un tercero para cumplir con las leyes, citaciones federales, estatales o locales
- órganos reguladores
- o según lo permitido o requerido por la ley.

Los terceros que reciben información de nosotros están obligados a: mantener la confidencialidad y cumplir con todas las leyes de privacidad federales y estatales aplicables.

## **ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE TENEMOS SOBRE USTED EN NUESTROS REGISTROS**

Tiene derecho a solicitar acceso a toda la información que tenemos sobre usted. Debe realizar su solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación.

## **ENMIENDAS A SU INFORMACIÓN**

Tiene derecho a solicitar una enmienda, corrección o eliminación de la información que tenemos sobre usted y que cree que puede ser inexacta. No estamos obligados a actualizar sus datos en función de su solicitud. Debe realizar la solicitud por escrito e indicar los motivos por los que solicita el cambio. Escribanos a la dirección que aparece abajo.

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, escribanos a:

**Boston Mutual Life Insurance Company**

Attention: Privacy Office

120 Royall Street • Canton, MA 02021