

Cómo presentar

una ausencia familiar y médica y/o una reclamo de incapacidad a corto plazo por teléfono o en el sitio web de Unum



COLAS INC.

www.unum.com

Tel.: 866-779-1054

Fax: 800-447-2498

De lunes a viernes
de 8 a.m. a 8 p.m.

horaria del este

CUÁNDO DEBE COMUNICARSE CON UNUM

- Cuando su proveedor de atención médica ha determinado que usted no puede trabajar por una enfermedad, lesión o embarazo.
- Treinta días antes de una incapacidad en base a la fecha de parto prevista o a un tratamiento médico programado con antelación.
- Cuando necesita faltar al trabajo porque necesita cuidar a un familiar que tiene una enfermedad grave.
- Cuando necesita cuidar a un hijo, ya sea por nacimiento, adopción o custodia tutelar.
- Cuando necesita faltar al trabajo por una ausencia debido a una exigencia calificada porque su cónyuge, hijo, hija o padre está en servicio activo cubierto (o ha recibido una notificación de una llamada perentoria u orden de servicio activo cubierto) en las Fuerzas Armadas.
- Cuando necesita cuidar a su cónyuge, hijo, padre o un familiar cercano que se está sometiendo a tratamiento médico, recuperación o terapia, que se encuentra en estado de paciente ambulatorio, o que se encuentra en la lista de jubilados por incapacidad temporal por una enfermedad o lesión grave causada o agravada en cumplimiento del servicio activo en las Fuerzas Armadas (incluida la Guardia Nacional o Reservas). Esto incluye a un veterano que fue desvinculado de las Fuerzas Armadas por otros motivos que no estén relacionados con la deshonra dentro del periodo de 5 años antes a su primer día de ausencia.
- Cuando necesita cualquier otro tipo de ausencia que pueda estar cubierta por leyes de ausencia estatales pertinentes.
- Treinta días antes de una ausencia planificada en base a un tratamiento médico programado con antelación por un problema de salud grave, suyo o de un familiar, o del nacimiento previsto, adopción o custodia tutelar de un niño.

QUÉ DEBE HACER DESPUÉS

- Notificar a Recursos Humanos y su gerente para reportar su ausencia al trabajo.
- Para hacer su reclamo o solicitud de ausencia por teléfono, llame 866-779-1054. Tenga preparada la información que se solicita en la página 2 de este folleto.
- Para enviar su reclamo y/o solicitud de licencia a través del sitio web de Unum, vaya a www.unum.com y siga las instrucciones de envío del reclamo.
- Para enviar su reclamo y/o solicitud de licencia a través de su dispositivo Apple o Android, descargue la Aplicación de cliente Unum y siga las instrucciones de envío de reclamos.

SOLICITUD DE LICENCIA

- Si reúne los requisitos para recibir ausencia, es posible que se requiera un formulario de certificación del proveedor de atención médica. De ser así, le será enviado por correo en su paquete de ausencia inicial dentro de los 2 días hábiles después de haber solicitado su ausencia a su dirección registrada. Tendrá como mínimo 15 días a partir de la fecha de solicitud de ausencia para completar y enviar este formulario.

PARA RECLAMOS DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

- Proporcione a su proveedor de atención médica una copia firmada y fechada de su formulario de autorización (última página del folleto). Este formulario autoriza la divulgación de información médica necesaria para evaluar su reclamo de incapacidad.
- Una vez que haya presentado su reclamo de incapacidad a corto plazo a través, envíe por fax una copia de la autorización de incapacidad fechada y firmada al Centro de Beneficios de Unum gratis al 800-447-2498. Si lo prefiere, puede firmar y enviar su autorización de forma electrónica a www.unum.com/claims.

NUESTRO COMPROMISO CON USTED

Comprendemos que una enfermedad o lesión incapacitante genera desafíos emocionales, físicos y financieros, por ello queremos hacer lo posible para ayudarlo. Nos comprometemos a brindarle un servicio atento y a ser comprensivos y sensibles para con su situación durante el proceso de reclamo.

INFORMATION NEEDED TO SUBMIT A SHORT TERM DISABILITY CLAIM AND/OR REQUEST FOR LEAVE

Prepárese para proporcionar la siguiente información cuando se comunique para enviar su reclamo o ausencia. Si alguien llama en su nombre, es posible que esa persona deba proporcionar esta información.

- Nombre de la empresa donde trabaja
- Su nombre y número de Seguridad Social o número de identificación del empleado
- Dirección completa y número de teléfono
- Fecha de nacimiento
- Estado civil
- Ocupación o puesto de trabajo
- Nombre y número de teléfono a su gerente
- El último día que trabajó y el primer día que faltó al trabajo por su reclamo o solicitud de licencia
- La fecha que tiene previsto volver al trabajo (si sabe) o la fecha real si ya ha regresado al trabajo en el momento en que llama por teléfono

Importante: la ausencia es un amparo laboral según las leyes federales y estatales, y una incapacidad es un reemplazo de ingresos. En muchas situaciones, las dos coberturas se solapan cuando falta al trabajo por una enfermedad o lesión propia.

Además, se necesitará la siguiente información cuando envíe un reclamo de incapacidad.

- Nombre, dirección, fax y número de teléfono del proveedor de atención médica
- Una descripción breve de su problema de salud, incluida la causa (enfermedad o lesión), fecha de la lesión o inicio de la enfermedad y si está relacionada con el trabajo
- Las fechas de su primera visita, su visita más reciente y su próxima visita programada a su proveedor de atención médica por este problema
- Restricciones o limitaciones laborales indicadas por su proveedor de atención médica, si corresponde

Si proporciona información completa y oportuna sobre usted y su proveedor de atención médica, nos ayudará a garantizar una decisión y pago puntuales, si reúne los requisitos.

Unum puede solicitar información médica adicional para comprender mejor su reclamo de incapacidad o solicitud de licencia. La demora de la decisión depende de la rapidez con la que se recibe la información.

Unum colaborará con usted para reunir toda la información requerida durante el plazo de su reclamo de incapacidad o solicitud de licencia.

INFORMACIÓN QUE PUEDE SER IMPORTANTE PARA USTED

Verifique el estado de su reclamo, correspondencia y actualizaciones en línea en cualquier momento.

Unum ha desarrollado una manera segura y fácil para que administre su reclamo de incapacidad en línea a www.unum.com/claims. Nuestros servicios web seguros le permiten acceder y hacer cambios en sus reclamos abiertos, así como también ver actualizaciones y correspondencia cuando se encuentran disponibles.

Nuestro sitio seguro ayuda a eliminar demoras y su uso es simple. Algunas funciones principales:

- Firmar y enviar su formulario de autorización de incapacidad electrónico.
- Cargar documentos para reclamos de incapacidad desde su computadora personal.
- Verificar el estado del reclamo, correspondencia y la información de pago más reciente.
- Controlar el progreso de su reclamo.

También podrá manejar su reclamo con el Unum Customer App, que está disponible para dispositivos Apple y Android.

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 incurre 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 incurre 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 Advocate 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.