



## HOSPITAL CLAIM FORM

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

Toll-free: 1-800-635-5597 Fax: 1-800-447-2498  
Call toll-free Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time.  
[www.unum.com/claims](http://www.unum.com/claims)

For use with policies issued by the following Unum Group ["Unum"] subsidiaries:  
Unum Life Insurance Company of America Provident Life and Accident Insurance Company Unum Insurance Company

### OUR COMMITMENT TO YOU

#### NUESTRO COMPROMISO CON USTED

We understand an illness or injury creates emotional, physical and financial challenges and we want to do whatever we can to help you. You have our commitment to provide you with responsive service and to be understanding and sensitive to your circumstances during the claim process.

*Entendemos que una enfermedad o lesión plantea retos emocionales, físicos y financieros, y queremos hacer todo lo posible para ayudarlo. Nos comprometemos a proporcionarle un servicio atento y a ser comprensivos y sensibles ante sus circunstancias durante el proceso de reclamo.*

### INSTRUCTIONS

#### INSTRUCCIONES

Use this claim form to submit a Supplemental Health Hospital claim to Unum

*Use este formulario de reclamo para enviar un reclamo hospitalario de salud complementario a Unum.*

The information provided on this claim form will be used to evaluate your eligibility for Supplemental Hospital benefits. Please provide complete and legible responses to ensure your claim is processed as quickly as possible. Please enclose any additional information you feel will assist us in the evaluation of your claim.

*La información proporcionada en este formulario de reclamo se usará para evaluar la elegibilidad para recibir las prestaciones hospitalarias complementarias. Para asegurarse de que su reclamo se procese lo más rápido posible, sus respuestas deben estar completas y escritas de forma legible. Adjunte cualquier otra información que considere que nos ayudará en la evaluación de su reclamo.*

- **Insured/Patient Statement (pages 4-5):** Please complete this section of the claim form and fax the completed form to 1-800-447-2498. If you prefer, it may be mailed to the address noted above.

*Declaración del asegurado/paciente (páginas 4-5): Complete esta sección del reclamo y envíe el formulario completado por fax al 1-800-447-2498. También puede enviarlo por correo postal a la dirección que se menciona arriba, si así lo prefiere.*

- **Authorization to Share Information with Third Parties (page 6):** If you wish to give us permission to share the details of your claim with a third party (such as your spouse, son, daughter, friend, etc.), please sign and date this form and fax it to 1-800-447-2498. If you prefer, it may be mailed to the address noted above.

*Autorización para compartir información con terceros (página 6): Si está de acuerdo con darnos permiso para compartir la información incluida en su reclamo con un tercero (como su cónyuge, hijo, amigo, etc.), firme y feche este formulario y envíelo por fax al 1-800-447-2498. También puede enviarlo por correo postal a la dirección que se menciona arriba, si así lo prefiere.*

- **Insured/Policyholder/Patient Authorization (last page):** Please sign and date this form, provide a copy to your attending physician, and fax the completed form to 1-800-447-2498. If you prefer, it may be mailed to the address noted above. This form authorizes the release of medical and other types of information needed to evaluate your claim.

*Autorización para el asegurado/titular de la póliza/paciente (última página): Firme y feche este formulario, proporcione una copia a su médico responsable y envíe el formulario completado por fax al 1-800-447-2498. También puede enviarlo por correo postal a la dirección que se menciona arriba, si así lo prefiere. Este formulario autoriza la divulgación de información médica y de otro tipo necesaria para evaluar su reclamo.*

- **Attending Physician Statement (pages 7-8):** Please give this section of the claim form to the physician or treating provider primarily responsible for your care and ask him/her to complete. Your physician or treating provider should fax the completed form to 1-800-447-2498 or mail it to the address noted above. Unum is not responsible for expenses associated with the completion of this form.

*Declaración del médico responsable (páginas 7-8): Entréguele esta sección del formulario de reclamo al médico o al proveedor que sea el responsable principal de su tratamiento o atención y solicítele que la complete. Su médico o proveedor tratante debe enviar por fax el formulario completo al 1-800-447-2498 o por correo postal a la dirección que se menciona arriba. Unum no es responsable de los gastos incurridos por completar este formulario.*

## Unum Online Services

#### Servicios en línea de Unum

Unum has developed a secure and easy way for you to submit and manage your claim online via our secure website at [www.unum.com/claims](http://www.unum.com/claims). Our secure web services allow you to access and make changes to your open claims, as well as view updates and available correspondence. Please contact your employer's human resource department to verify online filing is available to you.

*Unum ha desarrollado una manera segura y sencilla para que usted envíe y gestione su reclamo en línea a través de [www.unum.com/claims](http://www.unum.com/claims), nuestro sitio web seguro. Nuestros servicios web seguros le permiten acceder y hacer cambios en sus reclamos abiertos, visualizar actualizaciones y ver la correspondencia disponible. Comuníquese con el departamento de Recursos Humanos de su empleador para verificar que puede acceder a la presentación en línea.*

Once you have submitted your claim, you may manage it with the Unum Customer App. The Unum Customer App is available for Apple and Android.

*Luego de enviar su reclamo, puede gestionarlo a través de la aplicación Unum Customer. La aplicación Unum Customer está disponible para Apple y para Android.*

## Questions?

#### ¿Tiene preguntas?

If, at any time, you have questions about the claim process or need help to complete this form, please call the above toll-free number. Our Contact Center is staffed with experienced professionals who can be contacted from 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time, Monday through Friday.

*Si en cualquier momento tiene preguntas sobre el proceso de reclamo o necesita ayuda para completar este formulario, llame a la línea gratuita que se menciona arriba. Los profesionales con experiencia de nuestro Centro de llamadas están disponibles para ayudarlo de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, de lunes a viernes.*

**HOSPITAL CLAIM FORM**

The Benefits Center

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

Toll-free: 1-800-635-5597 Fax: 1-800-447-2498

Call toll-free Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time.

**Instrucciones (continuación)/Declaraciones 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 sujeta al pago de multas o 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 con este formulario de reclamación:

Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta al pago de multas de restitución o a reclusión en una prisión, o a una 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 presente a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta al pago de multas y 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 brindar información o datos falsos, incompletos o engañosos a sabiendas a una compañía de seguros con la intención de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de cobertura y daños y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros o todo agente de una compañía de seguros que brinde información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un reclamante, a sabiendas, con la intención de estafarlo o intentar estafarlo con relación a un acuerdo o laudo que deba pagarse con los fondos provenientes del seguro deberá ser denunciado a la División de Seguros de Colorado (Colorado Division of Insurance) del Departamento de Agencias Reguladoras (Department of Regulatory Agencies).

**Advertencia por Fraude para los Residentes del Distrito de Columbia**

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

**ADVERTENCIA:** Brindar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con la intención de estafarla o estafar a cualquier otra persona se considera un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, la compañía de seguros puede negar los beneficios del seguro si el solicitante presentó información falsa sustancialmente relacionada con una reclamación.

**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 presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora es culpable de 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, ocultar 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.



**HOSPITAL CLAIM FORM**

The Benefits Center

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

Toll-free: 1-800-635-5597 Fax: 1-800-447-2498

Call toll-free Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time.

**Declaraciones por Fraude en Reclamaciones**

**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 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 existir circunstancias agravantes, la sanción establecida de dicha forma podrá ser incrementada hasta un máximo de cinco (5) años y, en el supuesto de existir circunstancias atenuantes, podrá reducirse hasta un mínimo de dos (2) años.





**HOSPITAL CLAIM FORM**

The Benefits Center  
P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158  
Toll-free: 1-800-635-5597 Fax: 1-800-447-2498  
Call toll-free Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time.

**INSURED/PATIENT STATEMENT (Continued)**  
*DECLARACIÓN DEL ASEGURADO/PACIENTE (continuación)*

Insured's Name (Last Name, Suffix, First Name, MI)  
*Nombre del asegurado (apellido, sufijo, primer nombre, inicial del segundo nombre)*

Grid for name input

Date of Birth (mm/dd/yy)  
*Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)*

Grid for date of birth input

**F. Information About Physicians and Hospitals** Please provide the following information about your treating physician and any other physician(s) treating you for this medical condition. If you are being treated by more than one, please share the following information for each physician on a separate sheet of paper and include it with this form.

*Información sobre médicos y hospitales* Proporcione la información siguiente sobre su médico tratante y sobre cualquier otro médico que lo esté tratando para su afección médica. Si lo atiende más de un médico, comparta la siguiente información para cada uno en una hoja aparte y adjúntela a este formulario.

1. Physician Name, Mailing Address, Telephone No., Specialty, City, State, Zip, Fax No., Date of First Visit, Date of Next Visit, Diagnosis

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

*Advertencia de fraude:* Para garantizar su protección, las leyes de Arizona exigen que se incluya la siguiente información en este formulario de reclamo:

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.

*Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o una prestación, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta al pago de multas y sufrir una pena de prisión.*

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

*Advertencia de fraude:* Para garantizar su protección, las leyes de Nueva York exigen que se incluya la siguiente información en este formulario de reclamo:

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.

*Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante, estará cometiendo fraude al seguro, lo que constituye un delito. Por dicho delito, también estará sujeta a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo por cada violación.*

**G. Signature of Insured**

*Firma del asegurado*

I have read and understand the fraud notices listed above and on pages 2 and 3 of this form. I also understand 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 y 3 de este formulario. También comprendo que, si mi reclamo se paga de más por algún motivo, es mi obligación devolver dicho sobrepago. Las declaraciones realizadas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. (Su firma es necesaria para la consideración de las prestaciones).*

**X**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Firma Fecha*

I signed on behalf of the insured, as \_\_\_\_\_ (indicate relationship). **If Power of Attorney, Guardian or Conservator, please attach a copy of the document granting authority.**

*Firmé en representación del asegurado, como \_\_\_\_\_ (indicar la relación). En caso de un poder notarial, tutor o conservador, adjunte una copia del documento que le otorga autoridad.*

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

*Recordatorio:* Firme y feche la autorización (última página de este formulario de reclamo).



The Benefits Center  
 P.O. Box 100158  
 Columbia, SC 29202-3158  
 Toll-free: 1-800-635-5597 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.

\_\_\_\_\_  
 Insured Patient 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.



HOSPITAL CLAIM FORM

The Benefits Center
P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158
Toll-free: 1-800-635-5597 Fax: 1-800-447-2498
Call toll-free Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time.

ATTENDING PHYSICIAN OR PROVIDER OF SERVICE STATEMENT (PLEASE PRINT)

DECLARACIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE O DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO (EN LETRA DE IMPRENTA)

TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN OR TREATING PROVIDER

DEBE COMPLETARLA EL MÉDICO RESPONSABLE O PROVEEDOR TRATANTE

Please complete Section A and D for all claims. Please complete Section B for Emergency Room and Hospital confinement, Section C for Diagnostic Testing and Outpatient Surgery claims

Complete las secciones A y D para todos los reclamos. Complete la sección B para reclamos sobre Sala de emergencias e internación hospitalaria, la sección C para reclamos de Pruebas de diagnóstico y Cirugías ambulatorias

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

Nombre del asegurado (apellido, sufijo, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Grid for Insured Name input

Insured Social Security Number

Número del Seguro Social del asegurado

Grid for Insured Social Security Number input

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

Nombre del paciente (apellido, sufijo, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Grid for Patient Name input

Patient Social Security Number

Número del Seguro Social del paciente

Grid for Patient Social Security Number input

Patient Relationship to Insured: Self Spouse Domestic Partner Child

Relación del paciente con el asegurado: Soy yo Cónyuge Pareja de hecho Hijo

Patient Date of Birth (mm/dd/yy)

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aa)

Grid for Patient Date of Birth input

Patient Gender: Male Female

Género del paciente: Masculino Femenino

Please provide copies of all test results, operative reports, pathology reports, and/or your detailed medical statement related to the service provided to the patient.

Proporcione copias de los resultados de todas las pruebas, de los informes operativos, de los informes patológicos o su declaración médica en relación con el servicio prestado al paciente.

A. Complete this section for all medical conditions

Complete esta sección para todas las afecciones médicas

Table with 4 columns: Date of injury or first symptom, Date patient first consulted you, Diagnosis, ICD Code

Accident Description:

Descripción del accidente:

Reason for Treatment Accident Sickness Pregnancy

Motivo del tratamiento Accidente Enfermedad Embarazo

Has the patient been treated for the same or a similar condition by any physician in the past? Yes No

¿El paciente recibió tratamiento previo por parte de algún médico por la misma afección o una similar? SI No

If yes, what was the first date of treatment (mm/dd/yy)?

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha del tratamiento (mm/dd/aa)?

Other Providers: In a separate attachment, please provide complete name, contact information and specialty of any other treating physicians or hospitals.

Otros proveedores: En un documento adjunto complete el nombre, la información de contacto y la especialidad de los otros médicos tratantes u hospitalares.

Place of Service Codes

Códigos del lugar de servicio

Table listing various Place of Service Codes (11-99) and their descriptions.

B. Complete this section for EMERGENCY ROOM, AMBULANCE, and HOSPITAL CONFINEMENT claims (Please refer to Place of Service codes above)

Complete esta sección para reclamos de SALA DE EMERGENCIA, AMBULANCIA e internación hospitalaria (Consulte los códigos de lugar de servicio anteriores)

Table with 5 columns: Date of Admission and Time of Admission, Date of Discharge and Time of Discharge, Place of Service Code, Diagnosis Code Related to the Hospital Confinement, Name/Address/Phone Number of Facility



**HOSPITAL CLAIM FORM**

The Benefits Center

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

Toll-free: 1-800-635-5597 Fax: 1-800-447-2498

Call toll-free Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Eastern Time.

**ATTENDING PHYSICIAN OR PROVIDER OF SERVICE STATEMENT (Continued)**

DECLARACIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE O DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO (Continuación)

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

Nombre del empleado (apellido, sufijo, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Grid for employee name input

Date of Birth (mm/dd/yy)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Grid for employee date of birth input

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

Nombre del paciente (apellido, sufijo, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Grid for patient name input

Date of Birth (mm/dd/yy)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Grid for patient date of birth input

**Place of Service Codes**

Códigos del lugar de servicio

Table listing various service codes and their descriptions, such as Office, Home, Hospital, etc.

**C. Complete this section for DIAGNOSTIC TEST/OUTPATIENT SURGERY claims (Please refer to Place of Service codes above)**

Complete esta sección para reclamos de PRUEBA DE DIAGNÓSTICO/CIRUGÍA AMBULATORIA (Consulte los códigos de lugar de servicio anteriores)

Table with 6 columns: Surgery Date, Place of Service Code, Procedure Code, Name/Description of Surgery, Diagnosis Code, Address/Phone Number.

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

AVISO SOBRE FRAUDE: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**D. Signature of Attending Physician or Provider of Service**

Firma del médico responsable o del proveedor del servicio

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

Las declaraciones realizadas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

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

Nombre del médico (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo) en letra de 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:

N.º de identificación tributaria del médico:

Are you related to this patient? Yes No

¿Tiene alguna relación con este paciente?

If yes, what is the relationship?

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de relación?

X

Physician Signature

Firma del médico

Date

Fecha



The Benefits Center  
P.O. Box 100158, Columbia, SC 29202-3158  
Toll-free: 1-800-635-5597 Fax: 1-800-447-2498  
Call toll-free 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, 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, Provident Life and Accident 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.