
Declaración de reclamación por enfermedad grave

Para su protección, la legislación estatal exige las siguientes divulgaciones, las cuales se basan en el estado en que usted reside:

Si usted vive en el estado de Nueva York, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información importante falsa, o que oculte, con propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante al respecto, cometerá un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y dicha persona estará sujeta a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

Si usted vive en el estado de Alaska, la siguiente declaración es válida para usted:

Una persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podría ser procesada conforme a la legislación estatal.

Si usted vive en el estado de Alabama, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas o reclusión en prisión o cualquier combinación de las mismas.

Si usted vive en los estados de Arkansas, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, New Mexico, Rhode Island, Texas o West Virginia, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas y reclusión en prisión.

Si usted vive en el estado de Arizona, la siguiente declaración es válida para usted:

Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que, deliberadamente, remita una reclamación falsa o fraudulenta para recaudar retribución por concepto de una pérdida, estará sujeta a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

Si usted vive en el estado de California, la siguiente declaración es válida para usted:

Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Si usted vive en el estado de Colorado, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha compañía es considerado un acto ilícito, si dicha información o datos fueran remitidos deliberadamente. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, deliberadamente, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de una póliza o reclamante, con la finalidad defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en torno a alguna liquidación o pago de los réditos provenientes de un seguro, será reportado a la Colorado Division of Insurance, la cual forma parte del Department of Regulatory Agencies.

Si usted vive en el Distrito de Columbia, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas y reclusión en prisión.

Si usted vive en los estados de Delaware, Idaho o Indiana, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una declaración relacionada con una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito.

Si usted vive en el estado de Florida, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, remita una declaración relacionada con una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito de tercer grado.

Sun Life Financial es la marca privada de los productos de seguro suscritos y emitidos por Union Security Insurance Company.

© 2017 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life Financial y el símbolo del globo son marcas comerciales registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us.

Sun Life Financial 300 Southborough Drive, Suite 200 South Portland, ME 04106-6914
• T 877.820.5306 • F 866.376.9480 SLFWorksiteclaims@disabilityrms.com

Si usted vive en el estado de Kansas, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información importante falsa, o que oculte, con propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante al respecto, puede ser culpable de fraude en materia de seguros conforme los determine un tribunal judicial.

Si usted vive en el estado de Kentucky, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona, remita una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual es un delito.

Si usted vive en el estado de Maryland, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que presente, a sabiendas o intencionalmente, una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Si usted vive en el estado de Maine, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros en forma deliberada y con la finalidad de defraudar a la misma, es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

Si usted vive en el estado de New Hampshire, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una declaración relacionada con una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa será objeto de procesamiento y pena por fraude en materia de seguros, como se establece en RSA 638:20.

Si usted vive en el estado de New Jersey, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Si usted vive en el estado de Ohio, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

Si usted vive en el estado de Oklahoma, la siguiente declaración es válida para usted:

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una reclamación para recaudar los réditos provenientes de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito grave.

Si usted vive en el estado de Oregon o Virginia, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede haber violado la ley estatal.

Si usted vive en el estado de Tennessee o Washington, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros en forma deliberada y con la finalidad de defraudar a la misma, es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

Si usted vive en el estado de Vermont, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una declaración falsa en una solicitud para seguro puede ser culpable de un delito y estar sujeta a sanciones conforme a la ley estatal.

Si usted vive en un estado distinto a los mencionados anteriormente, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información importante falsa, o que oculte, con propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante al respecto, cometerá un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Para evitar demoras innecesarias, asegúrese de completar todas las secciones de la Declaración de reclamación siguiendo las instrucciones y NO SEPARE las páginas.

Instrucciones para empleados asegurados sobre cómo presentar una reclamación por enfermedad grave

1. Complete la Parte 1 y la Parte 4.
2. Complete la Parte 2 o la Parte 3 si se trata de la reclamación de un dependiente.
3. Solicite al médico que complete la Parte 5.
4. Firme y feche las Secciones de Autorización.
5. Presente documentación:

Adjunte la documentación médica para respaldar su reclamación de beneficios por enfermedad grave. Algunos documentos se pueden obtener solicitando a su proveedor de atención médica una copia de la historia clínica, los registros del hospital, la factura del hospital (UB04) o HCFA1500 (factura no hospitalaria). Consulte la sección 5 para conocer los registros médicos iniciales que debe presentar.

Beneficio de determinación de bienestar: Consulte la póliza para ver las pruebas o procedimientos cubiertos. Si está presentando una reclamación para este beneficio, use la **Declaración de Reclamación de Bienestar (Formulario KC4916)**.

Autorización para la divulgación de información protegida de carácter médico – HIPAA

Nombre del asegurado/Miembro _____

N° Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del reclamante _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° de póliza _____ N° de participación _____ N° de cuenta _____ N° de certificado _____

Personas/Categorías de personas que brindan la información: Proveedores de servicios médicos, compañías de seguro o reaseguro o sus representantes autorizados, farmacias, administradores de beneficios de farmacia o entidades de servicios relacionadas con farmacia, la Administración del Seguro Social, organismos gubernamentales, agencias de información para el consumidor, proveedores vocacionales o empleadores que tengan información médica, con respecto a cualquier afección física o mental mía o información de carácter no médico sobre mi persona.

Personas/Categorías de personas que reciben la información: Union Security Insurance Company o Union Security Life Insurance Company, y sus representantes autorizados (en adelante, las “Compañías”).

Por la presente, autorizo el uso o divulgación de mi información protegida de carácter médico de la forma que se describe a continuación:

Información a ser divulgada: Toda la información necesaria para permitir que las Compañías determinen mi elegibilidad para los beneficios y para tramitar mi reclamación. Dicha información podría incluir, pero no limitarse a: todos los expedientes médicos/dentales relacionados con mi salud física y/o mental con fines de tratamiento o evaluación (excluyendo anotaciones de psicoterapia), expedientes de farmacia, pruebas de fuerza/funcionamiento, expedientes referentes a mi historial de ingresos y aportes de FICA al Seguro Social, Compensación para trabajadores, Discapacidad del Estado, crédito, e historial de empleo y ganancias.

El único propósito de esta divulgación es para la adjudicación de mi reclamación de los beneficios de seguro correspondientes a la Póliza indicada antes.

Entiendo lo siguiente:

Entiendo lo siguiente:

- Tengo derecho a rehusarme a firmar esta autorización; no obstante, si me rehúso a firmar esta autorización, entiendo que es posible que las Compañías no puedan recopilar la información necesaria para determinar si soy elegible para obtener cobertura o beneficios establecidos en una de las pólizas de seguro de las Compañías. Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización tiene la misma validez que el original. Si así lo solicito, puedo obtener una copia de esta autorización.
- Esta autorización es voluntaria. Puedo revocarla en cualquier momento, enviando la solicitud por escrito a Sun Life Financial, Privacy Office, PO Box 419052, Kansas City, MO 64141-6052. Dicha revocación no afectará las acciones que las Compañías hubieran emprendido antes de recibir la revocación.
- La legislación federal exige que nosotros le comuniquemos a usted que la información que recogemos podría, en algunas circunstancias, volver a ser divulgada por nosotros a terceros y, por tanto, ya no quedar protegida por la legislación federal. Solo para Oklahoma - tenemos la obligación de informarle a usted que **la información que se autoriza a divulgar podría incluir información que pudiera indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible.**
- Entiendo que toda la información obtenida mediante esta autorización podría ser divulgada o usada por el asegurado conforme a la póliza indicada antes.
- Entiendo que toda la información obtenida mediante esta autorización podría ser usada y divulgada por planes conformes o no conformes a la Ley HIPAA.
- Esta autorización entra en vigencia a partir de la fecha de la firma al pie hasta que finalice mi reclamación.

FIRMA DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE LEGAL

RELACIÓN CON EL ASEGURADO/MIEMBRO

USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN

Declaración de Reclamación por Enfermedad Grave

Parte 1 – A ser completada por el empleado asegurado (Escribir a máquina o en letra de molde.)

Nombre completo (Como figura en su tarjeta del Seguro Social.)		Número de póliza	
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador	
Esta reclamación es presentada por: <input type="checkbox"/> Propio asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			<input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono particular	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono celular		Correo electrónico	
¿La lesión fue resultado del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente en disputa			

Parte 2 – A ser completada por el cónyuge si los beneficios son para él/ella (Escribir a máquina o en letra de molde.)

Nombre completo (Como figura en su tarjeta del Seguro Social.)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono celular
¿La lesión fue resultado del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente en disputa		

Parte 3 – A ser completada por el dependiente si los beneficios son para él/ella (Escribir a máquina o en letra de molde.)

Nombre completo (Como figura en su tarjeta del Seguro Social.)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento	¿Casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social	Número de teléfono celular
¿La lesión fue resultado del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente en disputa			

Si es apoderado, tutor o custodio, adjunte una copia del documento que otorga dicha autoridad y firme a continuación.

Firma _____ Relación con el reclamante _____

Yo autorizo a proveedores de servicios médicos, compañías de seguro, agencias de información para el consumidor, la Administración del Seguro Social, organismos gubernamentales, instituciones de enseñanza, agencias del orden público o empleadores que tengan información médica, con respecto a cualquier afección física o mental mía, rehabilitación o información de carácter no médico sobre mi persona a entregar toda dicha información a Union Security Insurance Company, o a uno o todos sus representantes. **ENTIENDO** que la información obtenida mediante esta autorización será usada por Union Security Insurance Company para determinar mi elegibilidad para los beneficios. Entiendo que una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original. Reconozco y acepto que esta autorización será válida mientras perdure la reclamación. Esta autorización no está regida por la ley HIPAA, pero, de ser necesario, me podrían solicitar que firmara un formulario de autorización HIPAA, para permitir que Union Security Insurance Company use y divulgue información protegida de carácter médico.

Si recibo un beneficio por enfermedad grave mayor del que se me debería haber pagado, entiendo que esta compañía de seguro tiene el derecho a exigir que yo devuelva el pago en exceso, incluyendo los derechos de reducir o ajustar beneficios futuros, si los hubiera.

Firma del reclamante _____ Fecha _____

Parte 4 – Información sobre la reclamación (Escribir a máquina o en letra de molde.) Si es necesario, adjunte una hoja adicional.)

Esta reclamación Inicial Recurrente es para

Nombre del médico de atención primaria	Teléfono
--	----------

Dirección del médico de atención primaria

Nombre del hospital	Teléfono
---------------------	----------

Dirección del hospital

Fecha en que se diagnosticó por primera vez la enfermedad grave o se llevó a cabo el procedimiento

Los beneficios pagaderos son determinados por la póliza. No todas las condiciones enumeradas podrían estar en su póliza particular. Consulte la póliza para ver los detalles.

EL PACIENTE DEBE PAGAR CUALQUIER COSTO EN EL QUE SE INCURRA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO.

Parte 5 – Declaración del Médico - Esta declaración debe ser completada en su totalidad por un médico. (Escribir a máquina o en letra de molde.)

Condición	Podría solicitarse información médica adicional
<input type="checkbox"/> Tumor cerebral benigno	Resumen de alta hospitalaria, informe de patología, y evaluación actual para evaluar cualquier déficit neurológico persistente.
<input type="checkbox"/> Ceguera	Informe del oftalmólogo con la agudeza visual y los campos visuales al inicio de los síntomas y seis meses después de la aparición de los mismos
<input type="checkbox"/> Coma	Registros hospitalarios y resultados de exámenes al inicio de los síntomas y una semana después del evento
<input type="checkbox"/> Pérdida total de la audición	Resultados de la prueba de audiograma con los decibeles de la pérdida de la audición documentada
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa final	Informe del médico o del centro de diálisis de la hemodiálisis periódica y/o diálisis peritoneal durante más de 90 días e insuficiencia renal crónica e irreversible

Condición

Podría solicitarse información médica adicional

Pérdida del habla

Evaluaciones del habla al inicio de los síntomas y seis meses después de la aparición de los mismos

Fallo de órgano principal

Prueba de inscripción en la Red Unida para Compartir Órganos (UNOS, por las siglas en inglés de United Network of Organ Sharing) o el Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea (NMDP, por las siglas en inglés de National Marrow Donor Program)

Parálisis

Resumen del alta hospitalaria y evaluación 6 meses después

Enfermedades infecciosas ocupacionales

- Documentación que demuestre que a partir de los cinco días de la exposición accidental, se informó de la exposición y la misma quedó registrada por parte de la persona apropiada, de acuerdo con la legislación, los reglamentos o directrices estándar que se aplican a la ocupación;
- Prueba negativa de anticuerpos para VIH (o Hepatitis B, C y/o D), realizada por un laboratorio certificado y con licencia estatal en un plazo de cinco días a partir de la exposición; y
- Prueba positiva de anticuerpos para VIH (o Hepatitis B, C y/o D), realizada en un plazo de entre 90 y 180 días a partir de la exposición.

Accidente cerebrovascular

Estudios de imágenes neurológicas, resumen del alta hospitalaria y evaluación actual

ALS/Alzheimer/Parkinson

ALS/Enfermedad de Lou Gehrig avanzada*

Documentación de un diagnóstico por parte de un facultativo. Requiere de un tubo de alimentación o de ventilación no invasiva.

Enfermedad de Alzheimer avanzada*

Documentación por parte de un proveedor médico del diagnóstico en la Escala de Etapas FAST (Etapa 6 o superior) relacionado con la demencia provocada por Alzheimer. Evaluación actual que documente los impedimentos neurológicos.

Enfermedad de Parkinson avanzada*

Documentación de la enfermedad de Parkinson idiopática primaria en etapa 4 o superior en la escala Hodhn/Yahr por un neurólogo calificado. Evaluación de un neurólogo detallando el examen/condición física actual.

*También requiere que el reclamante no pueda realizar 3 o más de las siguientes actividades de la vida diaria: bañarse, vestirse, asearse, trasladarse, continencia o comer. Consulte la póliza para ver los detalles.

Corazón

Angioplastia

Informe quirúrgico y resumen del alta hospitalaria

Cirugía de derivación coronaria

Informe quirúrgico y resumen del alta hospitalaria

Infarto cardíaco

Enzimas cardíacas y biomarcadores, electrocardiograma (EKG), escaneos con talio, escaneos MUGA, ecocardiograma de estrés, resumen del alta hospitalaria, y cateterismos cardíacos

Insuficiencia cardíaca

Prueba de inscripción en la Red Unida para Compartir Órganos (UNOS, por las siglas en inglés de United Network of Organ Sharing)

Cáncer

Cáncer in situ

Informe patológico

Cáncer invasivo

Informe patológico, informe operativo (de estar disponible) y registros de laboratorio

Cáncer de piel

Informe patológico donde se documente la evidencia de células basales o el cáncer de células escamosas de la piel.

Condición**Podría solicitarse información médica adicional****Enfermedades infantiles graves**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | Evaluación médica por parte de un facultativo donde se confirme el diagnóstico de parálisis cerebral y documentación de retrasos en el desarrollo, hallazgos físicos, anormalidades de la postura, y cualquier dificultad intelectual o del comportamiento. |
| <input type="checkbox"/> Labio leporino/paladar hendido | Evaluación actual de un facultativo donde se documente el labio leporino o paladar hendido, mediante un examen de rutina. |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | Prueba de cloruro en el sudor y prueba genética donde se confirme la fibrosis quística. |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | Prueba genética (estudio cromosómico) donde se confirme el diagnóstico de síndrome de Down. |
| <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | Diagnóstico de distrofia muscular de Duchenne o Becker con la confirmación mediante la prueba de CPK en sangre, biopsia muscular, electromiografía y pruebas genéticas. |
| <input type="checkbox"/> Espina bífida | Evaluación actual donde se documente el diagnóstico de la espina bífida, ya sea por pruebas de diagnóstico (rayos X, resonancia magnética, TC) o por examen de rutina. |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I | Pruebas de glucosa en sangre en ayunas, prueba oral de tolerancia a la glucosa, pruebas de laboratorio de hemoglobina A1C. Evaluación actual del facultativo donde se describa el diagnóstico y los resultados del laboratorio. Debe tener terapia de insulina. |

Fecha de la aparición de los síntomas por primera vez

Fecha del diagnóstico

Código ICD-9

¿Alguno de estos factores contribuye a la enfermedad? (*Marque todas las que correspondan.*)
 Uso de drogas
 Comisión de un delito grave
 Intoxicación
 Autoinfligido
 Intento de suicidio

 ¿Este paciente ha sido tratado por la misma afección o una afección parecida antes de este caso? Sí No
 Si responde "Sí", indique el diagnóstico, las fechas de tratamiento y los nombres de los otros proveedores médicos.

Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de cualquier médico remitente.

Para servicios relacionados con una internación hospitalaria, indique lo siguiente. (*Escribir a máquina o en letra de molde.*)

Nombre del hospital

Dirección del hospital

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Fecha de ingreso

Fecha del alta

Información del médico *(Escribir a máquina o en letra de molde.)*

Nombre	Título	Especialidad/Certificación de la junta médica	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Fax	
Firma del médico		Fecha	

NO ESCRIBA UNA FECHA ANTERIOR