Multinational Life Insurance Company
Seguro te Responde

470 Ave. Ponce de León, San Juan P.R. 00918
P.O. Box 366107, San Juan P.R. 00936-6107
Tel. (787) 756-8820 • Fax: (787) 281-0308
www.multinationalpr.com

Solicitud de Beneficios por Incapacidad

Conteste todas las preguntas en letra de molde

DOCUMENTOS REQUERIDOS - FSE - Forma 1021, ***No ocupacional*** - Notas de progreso ("Progress Notes") del médico que certifica incapacidad para trabajar. **Es importante completar Certificación Patronal y formulario en todas sus partes.**

PARTE A DECLARACIÓN DEL EMPLEADO

1. Primer Nombre / Apellido Paterno / Apellido Materno	2. Seguro Social	3. Sexo	4. Número de Póliza

5. Dirección Postal (Urbanización, Número, Calle, Ciudad o Pueblo, Código Postal)	6. ¿Es usted jefe de familia?	6. Estado civil
	☐ Sí ☐ No	☐ Casado (a) ☐ Soltero (a)

8. Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)	9. Ocupación	10. ¿Está o estuvo hospitalizado?
		☐ Sí ☐ No

11. Si contesta "Sí", indique el nombre y dirección del hospital	12. Hospitalización Desde	Mes	Día	Año
	13. Hospitalización Hasta	Mes	Día	Año

14. Último día trabajado anterior a esta incapacidad	Mes	Día	Año	15. Primer día en que estuvo incapacitado para trabajar (aunque sea sábado, domingo o día feriado.)	Mes	Día	Año

16. a) Nombre y Dirección exacta del médico que lo atiende actualmente:	17. Describa brevemente su enfermedad o lesiones. Si la incapacidad se debe a accidente, especifique cuándo, dónde y cómo ocurrió.

16. b) Nombre y Dirección de cualquier otro médico que lo haya atendido en los últimos dos años	18. ¿En qué fecha aproximadamente empezaron los primeros síntomas de la condición o enfermedad?

19. Recibe usted o ha recibido alguna pensión por incapacidad, desempleo o retiro público o privado? ☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí", indique:

Nombre del patrono: _____ Fecha desde que lo recibe: _____ hasta _____

Entidad que paga el beneficio: Cantidad mensual $

20. Historial de Trabajo (Indique patronos para quienes trabajó en los últimos 12 meses)

Nombre del Patrono	Dirección del Patrono	Duración de empleo	
		Desde	Hasta
a) Patrono Actual			
b) Otro Patrono			

AVISO ANTIFRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentarse más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (10,000.00) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Certifico que estoy incapacitado para trabajar en forma total, que no trabajo y que toda la información suministrada por mí, en este formulario es cierta. Conozco que la ley impone penalidades severas, como multa, cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa con propósito de obtener beneficios del seguro. Autorizo a todos los médicos, hospitales y otras instituciones que me atendieron, que suministren a MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY cualquier información pertinente a esta solicitud de beneficios de incapacidad. Autorizo a mi patrono entregar a MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY información sobre licencias, certificados médicos o documentos necesarios para determinar beneficios.

Fecha	Firma	Teléfono

Firma del testigo de la marca (en caso de que el reclamante firme con una X)	Dirección

INSTRUCCIONES AL EMPLEADO-RECLAMANTE

- **Conteste total y claramente todas las preguntas que aparecen en la DECLARACIÓN DEL EMPLEADO (PARTE A).**
- **Lleve a su médico la solicitud para que llene la parte que le corresponde al dorso de este formulario (PARTE B).**

PARTE B CERTIFICADO MÉDICO

Para Reclamación de Beneficios por Incapacidad agradeceremos conteste las preguntas en letra de molde.

1. Nombre del paciente	2. Edad

3. Naturaleza de la enfermedad o lesión (describa complicaciones, si alguna y códigos de diagnóstico ICD-9 aplicables).

4. Fecha en que aparecieron los primeros síntomas u ocurrió el accidente.	5. Naturaleza del procedimiento quirúrgico, si alguno (describa en detalle).
	5. a) Fecha en que se realizó procedimiento o tratamiento.

6. Si el paciente estuvo hospitalizado, nombre el hospital.	7. Suministre fechas de tratamientos incluyendo fecha de la primera consulta.
	Oficina
	Casa
	Hospital

8. El paciente ha estado continuamente incapacitado (sin poder trabajar) desde: Día Mes Año

9. a) ¿Considera usted la incapacidad del paciente de carácter total, que le impedirá trabajar en cualquier tipo de ocupación renumerada? ☐ Sí ☐ No

b) Fecha en que el paciente se incapacitó de esta forma

c) ¿Considera usted la incapacidad de carácter total pero no permanente? ☐ Sí ☐ No

Si contesta "NO", por favor explique.

Si contesta "Si", indique fecha aproximada en que el paciente podrá volver a trabajar.
Día Mes Año

d) ¿Considera usted la incapacidad de tipo parcial? ☐ Sí ☐ No

Si contesta "Si", explique

10. **Certificación y Firma**

Certifico que la información arriba indicada en mi opinión realmente describe la incapacidad del reclamante y la duración aproximada de la misma.

11. Nombre Impreso y Dirección de Médico	12. Firma del Médico	
13. Teléfono	14. Fecha	15. Número de Licencia

Cualquier persona, incluyendo agente de seguros, corredor o solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o un patrono, que hiciere, ayudare, o participare en hacer una falsa representación de hechos o someter información incompleta, sabiendo que la información no es cierta, para insertar en una solicitud de seguro o en un informe o declaración (reclamación) en relación con dicho seguro, se podría considerar que ha cometido fraude para efectos del Código de Seguros. Ver Artículo 27.190 del Código de Seguros.

PARTE C CERTIFICACIÓN DEL PATRONO

1. Nombre del Trabajador	2. Número de Seguro Social	3. Fecha de empleo	4. Salario Regular Semanal

5. Último día trabajado por el reclamante	Mes	Día	Año	6. ¿Ha regresado a trabajar? En caso afirmativo indique: ☐ Sí ☐ No	Mes	Día	Año

7. ¿Está la incapacidad relacionada con el trabajo? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo indique Núm. del Caso _____

¿Llenó el informe de Accidente del Trabajo? ☐ Sí ☐ No Fecha: Mes Día Año

8. Hizo o hará algún pago al reclamante por el período de incapacidad que nos reclama? ☐ Sí ☐ No	Cantidad Total Pagada (Bruta)	Total Días Pagados						Fecha en que efectuó o efectuará el Pago		
		PERIODO DISFRUTADO								
		Desde			Hasta					
		MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO
Vacaciones Regulares ☐	$									
Licencia por Enfermedad ☐	$									

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Conozco que la Ley impone penalidades severas, como multa o cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa relacionada con una reclamación de beneficios por incapacidad.

Nombre y Dirección	Fecha
	Teléfono
Firma del Patrono u Oficial Autorizado	Título