

Favor de enviar esta solicitud a:
MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY
DEPARTAMENTO DE RECLAMACIONES
PO BOX 366107
SAN JUAN PR 00936-6107

☐ **Incapacidad a Corto Plazo (STD)**

☐ **Incapacidad a Largo Plazo (LTD)**

Este formulario de reclamación requiere información necesaria para la administración precisa y rápida de su reclamación. Si la forma de reclamación no está completada en su totalidad, la determinación podría retrasarse hasta que toda la información solicitada haya sido recibida.

Existen cuatro secciones a ser completadas en la solicitud de beneficios:

Sección 1: Autorización y Divulgación (a ser completada por el empleado)

Sección 2: Informe del Empleado

(Si usted ya regresó a trabajar a tiempo completo o si usted está reclamando por maternidad, sólo complete las preguntas número 1 hasta la número 15. Para cualquier otra reclamación, conteste todas las preguntas bajo esta sección.)

Sección 3: Informe Patronal

Sección 4: Informe Médico

INSTRUCCIONES - Para someter una reclamación de beneficios por incapacidad

- Si una pregunta no aplica, o si la información no está disponible, favor de especificar "N/A" (no aplica) en los espacios que corresponda.
- Cuando todas las secciones de esta forma hayan sido completadas favor de enviarla por correo a nosotros.
- Use el encasillado que encontrará en la parte superior de esta forma que corresponda al tipo de incapacidad para la cual usted está solicitando.

IMPORTANTE:

- Es su responsabilidad y la de su patrono el informar a Multinational Life Insurance Company sobre cualquier cambio en fecha o regreso al trabajo actual a la mayor brevedad posible.

De surgir algún sobrepago en su reclamación, el mismo deberá ser reembolsado a nosotros.

Sección 1: Autorización y Divulgación - A ser completada por el empleado

La siguiente autorización será utilizada para obtener información adicional (de ser necesaria) concerniente a esta reclamación para:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ Médicos y cualquier otro Profesional Médico■ Agencias de Reportes de consumo■ Patronos■ Poseedores de Pólizas Grupales, Poseedores o Vendedores de Contratos, Administradores del Plan de Beneficios de Salud o sus sucesores■ Agencias Gubernamentales (incluyendo, pero no limitadas a: Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos, Junta de Retiro "Railroad" y la Administración del Acta Jones) | <ul style="list-style-type: none">■ Hospitales y otras instituciones de cuidado médico■ Aseguradoras■ Planes Prepagados de salud■ Agencias de Rehabilitación Vocacional del Estado y otros proveedores de servicios de Rehabilitación■ Buró de Información Médica (MIB) u otras compañías que recopilan información de salud e información de reclamaciones de seguros |
|---|--|

Usted está autorizado a proveer cualquier información relacionada a su condición médica y a modificación de trabajo/acomodos con su patrono actual o futuro a:

- Multinational Life Insurance Company
- Los administradores del plan o administradores de la reclamación de cualquier plan de beneficios bajo el cual podría ser participante; o
- Investigadores de reclamaciones, abogados, consultores de servicio y cualquier otro personal relacionado a la administración, evaluación, análisis y manejo del plan y/o reclamación.

Esta información incluye, pero no está limitada a, cualquiera de las siguientes:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ Récorrs, resultados de pruebas, data e información relacionada a cuidado médico, historial, diagnóstico, pronosis, tratamiento y suministros■ Información relacionada al empleo■ Información relacionada a ingresos | <ul style="list-style-type: none">■ Información de reportes de buró de crédito o de cualquier otra agencia de reporte de consumo■ Información relacionada a cubierta de seguro o beneficios de pensión, incluyendo reclamaciones sometidas y beneficios pagados (de aquí en adelante colectivamente se referirá a "Información"). |
|---|--|

Además, **AUTORIZO** la re-divulgación de cualquier información obtenida o desarrollada en el curso del manejo y/o administración del Programa de Beneficios al administrador del plan o el administrador de la reclamación de cualquier programa beneficios bajo el cual yo pueda ser elegible incluyendo pero no limitado a: investigadores de reclamaciones, abogados, servicios de consultoria y cualquier otra entidad, incluyendo el médico (s) tratante (s) del reclamante, solamente para el propósito de la evaluación, análisis, manejo y/o la administración del Programa de Beneficios.

ENTIENDO que:

- la información será utilizada para los propósitos de evaluar, analizar manejar y/o administrar mi reclamación para beneficios por incapacidad a Corto Plazo (STD) o a Largo Plazo (LTD), continuidad de salario, Fondo del Seguro del Estado y/o cualquier otro programa de beneficios ofrecidos por y a través de mi patrono (de aquí en adelante colectivamente se referirá a "Programas de Beneficios"), para evaluar y desarrollar un Plan de Rehabilitación Vocacional, y para otros propósitos de negocio junto a los administradores del programa de beneficios.
- esta autorización se mantendrá activa durante la duración de mi reclamación para beneficios bajo el programa de Beneficios o por un período más corto según disponga la ley aplicable. ENTIENDO, además que tengo el derecho cuando lo solicite, a recibir copia de esta autorización. Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización debe ser tan válida como la original.
- tengo el derecho a rechazar el firmar esta autorización y que esta autorización está sujeta a que sea revocada en cualquier momento, dando aviso por escrito y firmado por mí. Entiendo que cualquier revocación no será aplicable a ninguna divulgación o re-divulgación de la información hecha en relación a mi autorización inicial. También ENTIENDO que mi falta en firmar esta autorización, o mi subsiguiente revocación de mi autorización inicial, puede impedir la habilidad de otro administrador de la reclamación a procesar mi reclamación y puede ser una base para denegar o terminar mi reclamación para beneficios.

Firma del Reclamante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre Completo del Reclamante: _____ Patrono: _____

Dirección Postal del Reclamante: _____

Fecha: ____/____/____

Favor de leer la siguiente notificación, la cual estamos requeridos por Ley de entregarle a usted:

La Ley Núm. 18 de 8 de enero de 2004 advierte a toda persona lo siguiente:

"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 presentare 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) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) 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".

Por lo tanto, cualquier persona que, con la intención de defraudar o conociendo que él/ella está facilitando el fraude en contra de un asegurador, someta una solicitud o una reclamación conteniendo información falsa o con declaración engañosa podría ser culpable de fraude de seguro.

Sección 2: Informe del Reclamante - A ser completado por el empleado (en letra de molde)

Si el Informe de Reclamante no está completado en su totalidad, la determinación de los beneficios podría dilatarse hasta que toda la información solicitada haya sido recibida. Escriba "NA" en todas las secciones que no apliquen.

1. Nombre del empleado:			2. Núm. Seguro Social:		
Dirección Postal:			3. Núm. Tel: ()		
Ciudad:		Estado:	Código Postal:		4. Fecha Nacimiento:
5. Estatura:	6. Peso:	7. Sexo: ☐ M ☐ F		8. Nombre del patrono:	
9. Ocupación:		10. Mencione los deberes de su ocupación:			
11. Fecha del accidente o primer día de síntomas:		12. Último día trabajado:		13. Usted no puede trabajar debido a: (Marque una). ☐ Lesión ☐ Enfermedad ☐ Embarazo	
14. Fecha de regreso al trabajo:				☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial	
15. Si no ha regresado a trabajar, ¿cuándo espera hacerlo?				☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial	
16. Describa en detalles, cuándo, dónde y cómo ocurrió el accidente, o la naturaleza de la incapacidad y los primeros síntomas:					
17. ¿Está su accidente o enfermedad relacionada a su ocupación? ☐ SÍ ☐ NO De ser afirmativo, explique brevemente:					
18. ¿Ha reclamado al Fondo del Seguro del Estado? ☐ SÍ ☐ NO De su contestación ser "NO", ¿espera hacerlo? ☐ SÍ ☐ NO					
19. Indique la fecha de la primera vez que fue tratado por su accidente o enfermedad:					
Hospital		Dirección			Fecha(s)
Doctor		Dirección			Fecha(s)
20. ¿Ha sido tratado por la misma condición o alguna similar en el pasado? ☐ SÍ ☐ NO De ser "SÍ", incluya nombre y dirección del hospital/médico que le atendió:					
Hospital		Dirección			Fecha(s)
Doctor		Dirección			Fecha(s)
21. ¿Está recibiendo usted alguno de los siguientes? (Marque cada beneficio que esté recibiendo).					
		Cantidad	Comienzo	Termina	
☐ Fondo del Seguro del Estado	\$ _____	_____	_____	☐ Desempleo	\$ _____
☐ Seguro Social	\$ _____	_____	_____	☐ Licencia por Vacaciones	\$ _____
☐ Incapacidad del estado	\$ _____	_____	_____	☐ Licencia por Enfermedad	\$ _____
☐ Plan de pensión	\$ _____	_____	_____	☐ SINOT	\$ _____
De ser afirmativo, indique nombre y dirección de las compañías abajo:					
Nombre(s) de la compañía aseguradora:				Dirección Postal:	
22. Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo		23. De estar casado, indique nombre y número del Seguro Social de su cónyuge:			24. Fecha de nacimiento de su cónyuge:
25. ¿Está su cónyuge empleado(a)? ☐ SÍ ☐ NO		26. Información de los hijos menores de 25 años (nombres y fechas de nacimiento):			
La información provista arriba es cierta y completa en lo mejor de mi conocimiento y creencia. (Su firma es requerida para considerar beneficios).					
Firma: _____			Fecha: _____		

Sección 3: Informe Patronal - A ser completado por el patrono (en letra de molde)

Si el Informe de reclamación no está completo en su totalidad, la determinación de los beneficios podría dilatarse hasta que toda la información solicitada haya sido recibida. Escriba "NA" en todas las secciones que no apliquen.

1. Nombre del empleado:				2. Número de Seguro Social:					
Dirección Postal:				3. Fecha de Nacimiento:					
				4. Itinerario regular en horas por semana:					
5. Fecha de reclutamiento:		6. Fecha efectividad a STD:		7. Fecha efectividad a LTD:		8. Ocupación:			
9. Número de Póliza:		10. Número División de la Póliza:		11. Clasificación:					
12. Itinerario de Trabajo del empleado: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Exento ☐ No-Exento ☐ Por Temporada									
13. Marque días regulares de trabajo: ☐ domingo ☐ lunes ☐ martes ☐ miércoles ☐ jueves ☐ viernes ☐ sábado									
14. De no estar trabajando, ¿cuándo comenzó la incapacidad? Marque el estatus y provea fecha: ☐ Terminación ☐ Permiso de ausencia ☐ Otros: ☐ Despido ☐ Enfermedad ☐ Vacaciones ☐ Renuncia Fecha: _____				15. ¿Cómo se le pagaba al empleado? (Marque frecuencia y tipo). Frecuencia: ☐ Semanal ☐ Bi-semanal ☐ Semi-Mensual ☐ Mensual Tipo(s): ☐ Por hora ☐ Bono ☐ Salario ☐ Comisión					
16. Salario Previo al último día trabajado: Salario semanal base \$ _____ W-2 (Ingresos) \$ _____ Tiempo adicional \$ _____ Comisiones \$ _____ Bonos \$ _____			17. Fecha del último aumento salarial:		19. SINOT? ☐ Sí ☐ No Fondo del Seguro? ☐ Sí ☐ No (De su contestación ser "Sí", complete la Sección 3-A)				
			18. Itinerario de empleo a la fecha de haber dejado de trabajar: _____ Días por semana _____ Horas por semana						
20. Último día trabajado:		21. Horas trabajadas ese día:		22. ¿Ha regresado el empleado a trabajar? De ser "Sí", indique la fecha: ☐ Sí ☐ NO ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial					
23. Pagado hasta (fecha) _____ Para ☐ Continuación de salario ☐ Vacaciones ☐ Enfermedad									
24. ¿Contribuye el empleado a las primas de STD? ☐ Sí ☐ NO ☐ NO APLICA De ser "Sí": ☐ Pre-Tax ☐ Post-Tax Si Post-Tax: _____% pagado por el patrono / _____% pagado por el empleado									
25. ¿El empleado contribuye a las primas de LTD? ☐ Sí ☐ NO ☐ NO APLICA De ser "Sí": ☐ Pre-Tax ☐ Post-Tax Si Post-Tax: _____% pagado por el patrono / _____% pagado por el empleado									
26. Empleado es elegible a:		De ser sí, indique cantidad semanal o mensual		Sem Men		Provea nombre / dirección		Fecha de comienzo del beneficio	Hasta
Continuación de salario		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
Pensión por Incapacidad		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
Pensión por retiro		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
Incapacidad del estado		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
Desempleo		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
SINOT		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
Seguro Social		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
Licencia por Vacaciones		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
Licencia por Enfermedad		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
Fondo del Seguro		☐ Sí ☐ NO \$		☐ ☐					
¿Ha reclamado beneficios al Fondo del Seguro del Estado?		☐ Sí ☐ NO		Si la compensación del FSE fue denegada, someta copia de la denegación junto con esta reclamación.					
27. ¿Tiene su empresa alguna política de regreso al trabajo o re-reclutamiento para empleados incapacitados? ☐ Sí ☐ NO ¿Cuál es el nombre y teléfono de la persona que contactaremos, de identificar opción de regreso?									
28. Nombre/dirección del proveedor de servicios médicos del empleado o HMO (provea Número de Póliza o Número de ID):									
29. Nombre del Patrono:								Núm. Teléfono: ()	
Dirección:			Ciudad:			Estado:		Código Postal:	
CERTIFICO que lo arriba mencionado es correcto y completo en lo mejor de mi conocimiento.									
FIRMA: X				Fecha:					
La Descripción de deberes es requerido si el empleado ha estado fuera del empleo por más de 6 semanas.									

Sección 3A: Informe Patronal (Cont.) I

El patrono deberá completar esta información si el empleado es elegible a recibir beneficios bajo SINOT o beneficios bajo el Fondo del Seguro del Estado.

Nombre del Empleado:	Núm. Seguro Social:	Salario semanal al último día trabajado: \$
----------------------	---------------------	--

En los siguientes espacios favor de desglosar **fechas calendario** e ingresos brutos del empleado durante las pasadas semanas previas a las semanas que comenzó la incapacidad:

DESGLOSE DE SALARIOS PAGADOS AL EMPLEADO*

SEMANA CALENDARIO / Fecha Final		SALARIO BRUTO
Día #1 de la incapacidad (o semana calendario en que comenzó la incapacidad) SEMANAS ANTES de la incapacidad (en retrospección, desde la semana #1 a la #8) 1 ^{ra} 2 ^{da} 3 ^{ra} 4 ^{ta} 5 ^{ta} 6 ^{ta} 7 ^{ma} 8 ^{va}		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
	TOTAL	\$

* La información de los salarios pagados al empleado deberá ser desglosada por cada semana calendario anterior a la semana en que comenzó la incapacidad, hasta la octava semana.

Sección 4: Informe del Médico - A ser completado por el médico de cabecera del reclamante)

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Número Seguro Social:
Estatura:	Peso:	Presión Arterial (última visita):	
1. El paciente no está / estuvo apto para trabajar debido a: (marque uno) ☐ Lesión ☐ Enfermedad ☐ Embarazo			
2. Diagnóstico (Incluya complicaciones y el ICD-10):			
Para embarazos normales, complete encasillados del 3-6, luego pase al encasillado número 25.			
3. Fecha de su última menstruación:	4. ¿Cuál es la fecha esperada del parto?	5. Fecha del primer tratamiento:	6. Fecha del último tratamiento:

Para todas las condiciones excepto embarazo normal, complete los siguientes encasillados.			
7. ¿Cuándo los síntomas aparecieron por primera vez o cuándo ocurrió el accidente?	8. Fecha en que le avisó a su paciente a dejar de trabajar: Período de Incapacidad Desde_____ Hasta_____	9. ¿Es la condición debido a lesión o enfermedad resultante del empleo de su paciente? ☐ SÍ ☐ NO	
10. ¿Ha tenido su paciente la misma condición o similar? ☐ SÍ ☐ NO De ser "SÍ", indique cuándo y describa:			
11. Fecha de la primera visita:	12. Fecha de la última visita:	13. Frecuencia de las visitas:	
14. Resultados Objetivos (Rayos-X, EKG's, resultados de laboratorios y resultados clínicos):		15. Síntomas Subjetivos:	
16. Naturaleza del Tratamiento (cirugía, medicamentos, entre otros) Provea dosis de medicamentos y su frecuencia:			
17. Nombre y dirección de otros médicos que traten a su paciente:			
18. ¿Ha sido su paciente hospitalizado? ☐ SÍ ☐ NO Desde: _____ Hasta: _____ De ser sí, indique nombre y dirección del hospital:			
19. Restricciones (Qué su paciente NO DEBERÍA hacer)		20. Limitaciones (Qué su paciente NO PUEDE hacer)	
21. Impedimento mental (si aplica) - Provea los diagnósticos / 5 AXIS. I IV II V III			
22. De ser una condición cardíaca; ¿cuál es la capacidad funcional? (Asociación Americana del Corazón)		☐ Clase 1-No Limitaciones ☐ Clase 3-Limitaciones Marcadas ☐ Clase 2-Limitación Leve ☐ Clase 4-Limitaciones Completas	
23. ¿Su paciente ha alcanzado el máximo de mejoría médica? De ser "NO", ¿cuándo usted esperaría un cambio fundamental? ☐ SÍ ☐ NO ☐ 1-2 semanas ☐ 3-4 semanas ☐ 5-6 semanas ☐ más de 6 semanas			
24. De poder el patrono acomodar las limitaciones y restricciones de su paciente, ¿está su paciente apto para regresar a trabajar? ☐ SÍ ☐ NO De ser "SÍ", ¿en qué fecha podría comenzar el empleo?			
25. Nombre del médico (en letra de molde):		Grado:	
Especialidad:	Número de Teléfono:	Número de Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Firma (No Sello) X	Número de "ID Tax":	Fecha:	

PAGO ELECTRÓNICO (ACH)

Favor de completar esta parte para realizar el trámite de pago directo por medio de ACH.
Debe proveerse la cuenta bancaria a nombre del Asegurado Principal, o en caso de su fallecimiento aplica la del Beneficiario.

Nombre del Banco: _____ Nombre del Dueño de la Cuenta: _____

Número de Cuenta Bancaria: _____ Confirmar Número de Cuenta Bancaria: _____

Número de Ruta y Tránsito (ABA): _____ Tipo de Cuenta: ☐ Cheque ☐ Ahorro

CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información aquí ofrecida por mi es cierta y correcta, que la misma es ofrecida con el único propósito de inducir a la Compañía a pagar por el reclamo sometido a Multinational Life Insurance Company.

NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

FECHA

*Multinational Life Insurance Company estará realizando el pago al número de cuenta provisto por usted. De haber algún error en el número de cuenta provisto, no nos haremos responsables por el recobro del mismo.