

**IMPORTANTE**

Si ocurriera desmembramiento o pérdida total y permanente de la vista como consecuencia de alguna incapacidad compensable por esta Ley 139 del 26 de junio de 1968, según enmendada, dentro del periodo de 52 semanas naturales inmediatamente siguientes a la fecha del accidente o comienzo de la enfermedad, el trabajador o la trabajadora afectado(a) puede recibir entre \$2,000 y \$4,000 de compensación. Debe solicitar este beneficio dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que ocurra el desmembramiento o la pérdida de la vista.

PARTE A		INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE	
1. Nombre y apellidos		2. Número de seguro social	3. Sexo
4. Fecha de nacimiento		5. Dirección residencial	
6. Dirección postal		7. Ocupación	
8. Fecha del accidente		9. Fecha del desmembramiento o la pérdida total y permanente de la vista	
10. ¿Lesión causada o en relación con: el trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO un accidente de automóvil? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		11. Estuve hospitalizado en: Nombre y dirección del hospital  Desde _____ Hasta _____ Mes-Día-Año Mes-Día-Año	
12. Explique cómo ocurrió el desmembramiento			
CERTIFICACIÓN			
Certifico que estoy o estuve incapacitado (a) para trabajar y que toda la información suministrada por mi en este formulario es cierta. Se que la Ley 139 del 26 de junio de 1968, según enmendada es sus Sección 3 (o) y Sección 11 (a), impone penas graves - como multa, cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal - por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios.			
Firma del reclamante (o marca, si no sabe firmar)		Fecha	Correo electrónico
AUTORIZACIÓN			
Autorizo al patrono, o a cualquiera otras personas naturales o jurídicas que se consulte, a suministrar a Triple-S Vida, Inc., toda la información necesaria para la tramitación de mi solicitud de beneficios. Fotocopia de esta autorización es considerada válida como el original.			
Fecha	Firma del reclamante		Teléfono
Nombre y dirección del testigo de la marca (en caso de que el reclamante firma con X)			Firma del Testigo de la marca X
PARTE B		INFORME PATRONAL	
1. Nombre y apellido		2. Número de Seguro Social	3. Número de empleado
4. Ocupación	5. Salario semanal \$ _____	6. Horario semanal regular _____ horas	7. ¿Era requisito la licencia de conducir para realizar sus tareas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. El (la) trabajador (a) cotiza para: Seguro Choferil <input type="checkbox"/> SINOT <input type="checkbox"/>		9. Ultimo día trabajado: _____/_____/_____ Mes Día Año	10. Razón de cesantía: _____ Cesantía efectiva en: ____/____/_____ Mes Día Año
11. Desmembramiento relacionado con el trabajo: Si <input type="checkbox"/> Fecha informe accidente _____ No <input type="checkbox"/> Núm. Caso F.S.E. _____		12. Desmembramiento relacionado con accidente de automóvil: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
CERTIFICACIÓN			
Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Sé que la Ley 139 del 26 de junio de 1968, según enmendada es sus Sección 3 (o) y Sección 11 (a) impone penas graves - como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal - por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios por incapacidad.			
Nombre y dirección de la compañía			
Correo electrónico			
Firma del patrono (o su representante autorizado)		Teléfono ( ) -	Fecha

