

## CONTINUIDAD DE BENEFICIOS LTD

### Sección 1: A ser completado por el empleado/a:

NOMBRE:	RECLAMACIÓN: LTDS-
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA PARA LA CUAL TRABAJÓ:	

Todas las preguntas **deberán** ser contestadas para la continuidad de los beneficios.

1. ¿Ha regresado a trabajar a su ocupación?     Sí     No  
 ¿Está realizando trabajo por paga?         Sí     No

De ser afirmativo, provea fecha en que comenzó a trabajar y el nombre de la compañía que lo empleó

Fecha de comienzo	Nombre de la compañía
-------------------	-----------------------

2. a. ¿Solicitó los beneficios del Seguro Social?     Sí     No    ¿De sí, en qué fecha? \_\_\_\_\_  
 b. ¿Tiene una reclamación con el Seguro Social pendiente?     Sí     No  
 3. a. ¿Ha solicitado los beneficios del Seguro Social por retiro?     Sí     No    ¿De sí, en qué fecha? \_\_\_\_\_  
 b. ¿Tiene usted alguna reclamación pendiente por retiro con el Seguro Social?     Sí     No

Está recibiendo:

De ser afirmativo, incluya la fecha en que comenzaron:

- |   |                             |                             |       |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| a. ¿Compensación por desempleo?                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| b. ¿Beneficios del Seguro Social por Incapacidad? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| c. ¿Beneficios del Seguro Social por Retiro?      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| d. ¿Beneficios de Veterano?                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| e. ¿Fondo del Seguro del Estado?                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| f. ¿Pensión?                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| g. ¿Beneficios "Black or Brown Lung"?             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| h. ¿Beneficios de Retiro del "Railroad"?          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| i. ¿Otros?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |

4. Nombre del médico que le trata actualmente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Para propósitos de esta reclamación, autorizo a cualquier médico licenciado, médico practicante, hospital, clínica, u otros médicos o facilidades médicas, compañías de seguro u otra organización, institución o persona, que tenga cualquier récord o conocimiento de mí o mi salud, a dar a CDS / DMS / TRIPLE-S VIDA, INC., o a cualquier agente, abogado, agencia de reporte del consumidor, o cualquier administrador independiente actuando en representación mía cualquier información. Copia de esta autorización podrá ser considerada como efectiva y válida por la duración de la reclamación.

Yo, o mi representante autorizado tiene el derecho a recibir copia de esta autorización.

Firma del reclamante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_