

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PARA TRABAJADORES ASEGURADOS POR LA LEY NÚM. 139 DEL 26 DE JUNIO DE 1968, ENMENDADA (FASE INDUSTRIAL Y AGRÍCOLA)

INSTRUCCIONES

Complete este formulario si usted es un trabajador agrícola o industrial incapacitado temporalmente, acogido al Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporal (SINOT) en el plan que administra TRIPLE-S VIDA, INC. De estar asegurado para el SINOT con el plan de gobierno o con un patrono, complete el formulario que le corresponda en el mismo. Incluya sus iniciales al corregir errores.

La Ley de Beneficios por Incapacidad Temporal requiere que la solicitud sea radicada en los tres (3) meses siguientes al comienzo de la incapacidad. De radicar la reclamación posteriormente, indicará la razón de la tardanza.

Al trabajador incapacitado le corresponde llenar la parte **A INFORME DEL RECLAMANTE** de este formulario. Anote con cuidado su número de Seguro Social, así como las fechas exactas que se le solicitan. Conteste todas y cada una de las preguntas. El número del Seguro Social se utilizará **SOLAMENTE** para fines contributivos.

Cada patrono para los cuales usted esté trabajando al presente o su último patrono completará una parte **B INFORME PATRONAL**. Asegúrese que la información ofrecida esté completa. Evite dejar el formulario en la oficina del patrono, ya que esto podría ocasionar demoras en el trámite de sus beneficios por incapacidad. La Ley responsabiliza al trabajador por el trámite de este formulario. No obstante, si su incapacidad no le permite su movilidad puede delegar el trámite de la solicitud en quien usted crea pertinente.

Cada médico con los cuales usted esté recibiendo tratamiento completará una parte **C CERTIFICADO MÉDICO O PSICOLÓGICO**. También podrá completarla el custodio de los records médicos de la institución en que haya recibido o esté recibiendo tratamiento. El médico, quiropráctico o psicólogo deberá estar autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico o en el lugar donde éstos residan.

Conserve copia de este formulario para cualquier reclamación futura.

Una vez haya completado la solicitud, envíela a esta dirección:

TRIPLE-S VIDA, INC.

PO Box 363786, San Juan, PR 00936-3786

1. Nombre y apellidos (Paterno y materno, de casada. <u>EN LETRA DE MOLDE</u>)	2. Núm. Seguro Social (Para uso contributivo solamente)	3. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4. Dirección postal (Incluya "Zip Code"):	5. Dirección residencial: Teléfono:	

6. Fecha de nacimiento: (mes-día-año)	7. Ocupación:	8. Mi último día de trabajo fue: (fecha) (mes-día-año)
---------------------------------------	---------------	--

9. Mis patronos durante los últimos 18 meses fueron [Indique nombres y direcciones de las compañías, fechas en que trabajó y si trabajó con más de una a la vez, deberá proveer un Informe patronal (Parte B) por cada una.]

a)	b)
Desde: _____ Hasta: _____ (mes/día/año) (mes/día/año)	Desde: _____ Hasta: _____ (mes/día/año) (mes/día/año)

10. Durante mi incapacidad: <input type="checkbox"/> recibí <input type="checkbox"/> estoy recibiendo <input type="checkbox"/> estoy gestionando beneficios o ingresos de:							
	SI	NO	CANTIDAD BRUTA		SI	NO	CANTIDAD BRUTA
a. Mi patrono y/o mi unión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	c. Seguro Social para Choferes Fecha:(mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Vacaciones regulares Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		d. Seguro Social Federal por Incapacidad* Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Licencia por enfermedad Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		e. Seguro Social Federal por edad* Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Licencia por maternidad Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		f. Corporación Fondo del Seguro del Estado* Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pensión o retiro* Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		g. Seguro de la ACAA Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Días feriados Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		h. Veteranos Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pago Voluntario Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		i. Un plan privado Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Seguro por Desempleo Fecha: (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		j. Otros (Especifique) Fecha (mes-día-año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

***En caso afirmativo, debe enviarnos copia de la carta de aprobación de Seguro Social o Pensión y copia de los documentos del Fondo, si aplica**

11. Me incapacité (Explique cómo, dónde y en qué fecha ocurrió su incapacidad. Incluya número de la querrela de la Policía, si aplica).	12. Mi incapacidad está relacionada con... (En caso afirmativo, incluya copia de la determinación o de los documentos.) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mi trabajo Núm. caso FSE: _____ <input type="checkbox"/> un accidente de tránsito
13. Cuando me incapacité estaba: <input type="checkbox"/> empleado(a) <input type="checkbox"/> desempleado(a)	14. Durante mi incapacidad trabajé el periodo: Desde: _____ Hasta: _____ (mes/día/año) (mes/día/año)
15. Me recuperé y estuve en condiciones de trabajar desde: (mes/día/año)	17. ¿Hace usted pagos a ASUME? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16. Regresé a trabajar en: (fecha: mes-día-año)	

18. Estoy entregando esta solicitud después de tres (3) meses del comienzo de mi incapacidad por las siguientes razones:

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Certifico que estoy o estuve incapacitado(a) para trabajar y que toda la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Sé que la Ley, en sus Secciones 3(o) y 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. Autorizo a mi patrono y a mi médico, o a cualesquiera otras personas naturales o jurídicas, a suministrar a la compañía aseguradora y/o patrono autoasegurado **Triple-S Vida, Inc.** toda la información necesaria para el trámite de mi solicitud.

Firma del reclamante (o marca, si no sabe firmar)	Fecha (mes-día-año)
Nombre del testigo de la marca (En letra de molde):	Dirección del testigo:
Firma del testigo de la marca:	Teléfono:

1. Nombre y apellidos del(la) trabajador(a)		2. Núm. de Seguro Social	3. Número empleado(a)
4. Ocupación:	5. Salario semanal \$ _____ mensual \$ _____	6. Horario semanal regular _____ horas	7. ¿Se requiere licencia de conducir para realizar sus tareas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Está asegurado voluntariamente con la Ley Núm. 139 de 1968? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trabajadores incluidos:		9. El(la) trabajador(a) está asegurado con: Seguro Choferil <input type="checkbox"/> SINOT <input type="checkbox"/> %	
10. Contribución patronal al SINOT: _____%	11. Último día que trabajó físicamente: (Mes/Día/Año)	12. Cesantía efectiva en: (Mes-Día-Año)	
13. Razón de cesantía:		14. Día que regresó a trabajar: (Mes-Día-Año)	
15. ¿La incapacidad está relacionada con el trabajo?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha informe accidente (Mes-Día-Año): _____ Núm. caso C:F.S.E.: _____		16. ¿La incapacidad está relacionada con un accidente de automóvil?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
17. ¿Están sus trabajadores asegurados para el SINOT por un plan privado o autoasegurado autorizado por el Secretario del Trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique, Núm. de plan: _____ Co. Aseguradora: _____			
18. ¿Hizo algún pago al(la) empleado(a) durante su incapacidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:			

TIPO DE PAGO	CANTIDAD (BRUTA)	TOTAL DE DÍAS	PERIODO		FECHA EN QUE EFECTUÓ O EFECTUARÁ EL PAGO (MES-DÍA-AÑO)
			DESDE (MES-DÍA-AÑO)	HASTA (MES-DÍA-AÑO)	
<input type="checkbox"/> Vacaciones					
<input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad					
<input type="checkbox"/> Licencia por maternidad					
<input type="checkbox"/> Pago voluntario <input type="checkbox"/> Regalía <input type="checkbox"/> Nómina					
<input type="checkbox"/> Pensión o retiro					
<input type="checkbox"/> Días feriados ¿Cuáles?					
<input type="checkbox"/> Otros (Especifique)					

19. Si esta reclamación es por maternidad, indique el salario semanal o promedio utilizado para el pago por la Ley Núm. 3 de 1942; \$ _____. Si usted no pagó, explique:

20. Nombre del patrono:	
Dirección postal:	Dirección física:
Teléfono:	Fax:
E-mail:	
Núm. de cuenta Seguro por Desempleo y SINOT	Núm. de cuenta FEDERAL

21. TRIMESTRES TRABAJADOS*	AÑO	SALARIOS
Enero a Marzo	2	\$
Abril a Junio	2	\$
Julio a Septiembre	2	\$
Octubre a Diciembre	2	\$

Someter evidencia: Copia de planillas trimestrales y cheques cancelados

22. En caso de **TRABAJO AGRÍCOLA**, COMPLETE: Nombre y número de finca:

CERTIFICACIÓN	
Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Sé que la Ley, en su Sección 11(a), impone penas graves---como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal—por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.	
Nombre del patrono (o su representante autorizado en letra de molde):	Puesto que ocupa:
Firma del patrono (o su representante autorizado)	Fecha (mes-día-año):

PARA USO OFICIAL		
NÚMERO DE PLAN PRIVADO:	EL PLAN ES CONTRIBUTIVO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Representante autorizado

PARTE C**CERTIFICADO MÉDICO O PSICOLÓGICO**

1. Nombre y apellidos del(la) reclamante:			2. Número de récord médico:	
3. Incapacidad relacionada con:	SI	NO	4. Diagnóstico (Datos médicos que, según su conocimiento, incapacitan al paciente). USE CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS. Especifique las complicaciones, si la incapacidad es por embarazo.	
el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
un accidente de automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Período de tratamiento (mes-día-año) Desde: _____ hasta: _____			9. Fecha del desmembramiento o pérdida de la vista total y permanente (mes-día-año)	
6. Período de incapacidad (mes-día-año) Desde: _____ hasta: _____				
7. En caso de embarazo o aborto indique (mes-día-año) Fecha probable de parto _____ Fecha de parto _____ Aborto _____			10. Si el desmembramiento o la pérdida de la vista total y permanente se debió a un accidente, indique fecha de éste (mes-día-año)	
8. ¿El(la) paciente estuvo hospitalizado(a) por 24 horas o más? : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desde _____ Hasta _____ (mes-día-año) (mes-día-año)				

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información arriba indicada es correcta, y que soy médico, psicólogo o quiropráctico autorizado a ejercer mi profesión, o custodio de records médicos. Sé que la Ley Núm. 139 de 1968, en su Sección 11(a), impone penas graves—como multa, cárcel, o ambas penas, a discreción del Tribunal—por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Firma:	Fecha (mes-día-año):
Nombre (En letra de molde)	Número de licencia:
Dirección física de la Oficina del Médico:	Teléfono: Fax:
	E-mail:

B E N E F I C I O S**POR INCAPACIDAD**

La Ley de Beneficios por Incapacidad Temporal garantiza el pago de beneficios por enfermedades o lesiones que no se relacionen con el trabajo ni con accidentes de automóvil. Los pagos pueden fluctuar entre \$12 y \$113 semanales y extenderse por 26 semanas. El trabajador o la trabajadora que se incapacite, deberá solicitar los beneficios en los tres (3) meses siguientes a la fecha de incapacidad. Si radica posteriormente, indicará la razón de la tardanza.

POR DESMEMBRAMIENTO

Si ocurriera desmembramiento o pérdida total y permanente de la vista como consecuencia de alguna incapacidad compensable por esta Ley, el trabajador o la trabajadora afectado(a) podría recibir entre \$2,000 y \$4,000 de compensación. Deberá solicitar este beneficio a más tardar seis (6) meses después de que haya ocurrido el desmembramiento o la pérdida de la vista.

POR MUERTE (A DEPENDIENTES)

Un beneficio por muerte de \$4,000 prorrateado entre los dependientes directos de un trabajador asegurado fallecido debido a una condición compensable por esta Ley, si la muerte ocurre en el año siguiente al comienzo de la incapacidad. Los dependientes podrían recibir también los beneficios adeudados al trabajador. Deberán solicitar estos beneficios no más tarde de seis (6) meses después de la muerte del trabajador.