

---

---

# SOLICITUD PARA RECLAMAR BENEFICIOS GRUPALES POR INCAPACIDAD:

---

---

## Favor envíe solicitud a:

Triple-S Vida, Inc.  
PO Box 363786  
San Juan, Puerto Rico 00936-3786

Incapacidad a  
Corto Plazo  
(STD)

Incapacidad a  
Largo Plazo  
(LTD)

Para someter la reclamación de beneficios por incapacidad, favor siga las instrucciones abajo indicadas.

Este formulario de reclamación requiere información la cual es 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. Si una pregunta no aplica, o si la información no está disponible, favor escriba "N/A" (no aplica) en dichos espacios.

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, solo complete las preguntas número #1 hasta la #15. Para cualquier otra reclamación, conteste todas las preguntas bajo esta sección)  
Sección 3: *Informe Patronal*  
Sección 4: *Informe Médico*

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.

Es de su responsabilidad y la de su patrono el informarnos a nosotros de cualquier fecha de itinerario o regreso al trabajo actual a la mayor brevedad posible.

**De surgir algún sobrepago en su reclamación, la cantidad del sobrepago deberá ser reembolsada a nosotros.**

**Sección 1: A ser completada por el empleado**

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

**PARA:**

- Médicos y cualquier otro profesional Médico
- Agencias de Reportes de consumo
- Patronos
- Poseedores de Póliza Grupales, Poseedores o Vendedor de Contratos, Administradores del Plan de Beneficios de Salud o sus sucesores
- Agencias Gubernamentales (incluyendo pero no limitadas a la Administración del Seguro Social, Administración de Veteranos, Junta de Retiro "Railroad" y la Administración del Acta Jones)
- 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 autorizando a proveer cualquier información relacionada a su condición médica y a modificación de trabajo/acomodos con su patrono actual o futuro a:

- Triple-S Vida,
- Los administradores del plan o administradores de la reclamación de cualquier plan de beneficios bajo el cual o podría ser participante; o
- Investigadores de reclamaciones, abogados, y consultores de servicios y cualquier otro personal relacionado a la administración, evaluación, análisis y manejo del plan y/o reclamación.

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

- Récorods, resultados de pruebas, data e información relacionada a cuidado médico, historial, diagnóstico, pronosis, tratamiento, y suministros
- Información relacionada al empleo
- Información relacionada a ingresos
- 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").

Yo 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 "Programa 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.

Yo 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 de beneficios bajo el cual yo pueda ser elegible incluyendo pero no limitado a: investigadores de reclamaciones, abogados, servicios de consultoría 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.

**Yo entiendo que esta autorización se mantendrá activa durante la duración de mi reclamación para beneficios bajo el programa de Beneficios o por un periodo 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.

**Entiendo que 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 "Custom Disability Solutions", u otro administrador de 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: \_\_\_\_\_

## Sección 1: Continuidad

**Favor lea la siguiente notificación la cual estamos requeridos por ley a darle a usted:**

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o conociendo que el/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.

### PUERTO RICO:

***La Ley Num. 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 mas 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 termino 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.***

**Sección 2: A ser completado por el empleado (en letra de molde)**

Si el informe de reclamación 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:		3 Núm. Tel.: ( )	
Ciudad, Código Postal:		4 Fecha Nac.:	
5 Estatura:	6 Peso:	7 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <b>Usted no puede trabajar debido a:</b> (marque una) <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> enfermedad <input type="checkbox"/> embarazo	
14 Fecha de regreso al trabajo		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	
15 Si no ha regresado a trabajar; ¿cuándo espera hacerlo?		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 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 relacionado a su ocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De sí; explique:
--

18 ¿Ha reclamado al Fondo del Seguro del Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De no; ¿espera hacerlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De no; explique:
--

19 ¿Cuándo fue 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De 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)								
<input type="checkbox"/> Fondo del Seguro	Cantidad	Comienza	Termina	<input type="checkbox"/> Desempleo	Cantidad	Comienza	Termina	
<input type="checkbox"/> Seguro social	\$ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Otro (Indiv. or Grupal)*	\$ _____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Incapacidad del estado	\$ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Seg. Auto/Reemplazo de sal*	\$ _____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Plan de pensión	\$ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> SINOT	\$ _____	_____	_____	
*De sí, indique nombre y dirección de las compañías abajo								
Nombre(s) de la compañía aseguradora				Dirección				

22 <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	23 De estar casado, indique nombre y número del seguro social	24 <b>Fecha de nacimiento del esposo/a</b>
25 Está su esposo/a empleado/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	26 Informe los hijos menores de 25 años (Nombres y fechas de nacimiento)	

27 De ser aprobados los beneficios, usted desea el mínimo de \$20.00 semanal reteniendo de su cheque el "Income Tax"? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De usted desear mayor retención, favor indique la cantidad en dólares que desea se retenga \$ _____
--

La información provista arriba es cierta y completa en lo mejor de mi conocimiento y creencia. (Su firma es requerida para considerar beneficios.)

Firma **X** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_