

CUESTIONARIO DE OTROS INGRESOS

EMPLEADO _____ # SEGURO SOCIAL _____

INSTRUCCIONES: Solicitamos esta información para calcular su beneficio correctamente. Según algunas pólizas, otros ingresos son considerados una reducción a su cantidad de beneficios. Por favor, refiérase a la sección de “Otros Ingresos” de su póliza.

Favor de marcar los recuadros apropiados según apliquen a sus ingresos. Conteste cada línea e indique sí o no. Un formulario incompleto no será aceptado.

Beneficios de otras fuentes de Ingresos:

	¿Está recibiendo ahora?		¿Espera recibir?		Fecha del Beneficio	Cantidad semanal/mensual
	Si	No	Si	No		
<u>Sueldo, salario, u otra de:</u>						
Cualquier otro Patrono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____ por _____
Programa de rehabilitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
<u>Jubilación o pensión de:</u>						
Patrono actual o anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
<u>Beneficios de incapacidad según:</u>						
Póliza grupal de seguro de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
Seguro de Incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
Plan de Jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
<u>Beneficios de incapacidad según:</u>						
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
Ley de Compensación de Trabajadores						
Ley de Enfermedades Profesionales, o						
Legislación Similar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
Administración de Veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
De otra Agencia del Gobierno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
<u>Beneficios de Jubilación Temprana según:</u>						
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____
Compensación por Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	\$_____.por _____

Firma del Reclamante _____

Fecha _____