

PARTE A (USE LETRA DE MOLDE) INFORME DEL RECLAMANTE

1. Nombre y apellidos		2. Núm. Seguro Social (Para uso contributivo solamente)	3. Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																				
4. Dirección residencial		5. Dirección postal (Incluya zip code)																																																																					
6. Fecha de nacimiento (mes-día-año)	7. Ocupación		8. Antes de incapacitarme, trabajé hasta (fecha)																																																																				
9. Me incapacité por (Explique cómo, cuándo, dónde y en que fecha ocurrió su incapacidad) Fecha exacta de su incapacidad: ____/____/____			10. Mi patrono a la fecha de incapacidad es (era):																																																																				
			11. Mi incapacidad está relacionada con: (En caso afirmativo, incluya copia de la determinación o de los documentos) <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right">SI</td> <td style="text-align:right">NO</td> </tr> <tr> <td>Mi trabajo</td> <td style="text-align:right"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Núm. Caso FSE _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Un accidente de automóvil</td> <td style="text-align:right"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		SI	NO	Mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Núm. Caso FSE _____			Un accidente de automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
	SI	NO																																																																					
Mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
Núm. Caso FSE _____																																																																							
Un accidente de automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																					
12. Durante mi incapacidad gestioné y/o recibí ingresos de:			13. Cuando me incapacité estaba <input type="checkbox"/> Empleada (o) <input type="checkbox"/> Desempleada (o)																																																																				
<table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align:center">SI</th> <th style="text-align:center">NO</th> <th style="text-align:center">Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Mi patrono</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>Vacaciones regulares</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>Licencia por enfermedad</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>Licencia por maternidad</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>Pensión o retiro</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>Días feriados</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>Pago voluntario</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>b. Fondo del Seguro del Estado</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>c. Seguro Social para Chóferes</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>d. Seguro Social Federal por edad</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>e. Seguro Social Federal por incapacidad</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>f. Seguro ACAA</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>g. Seguro por Desempleo</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>h. Veteranos (Por la misma incapacidad)</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>i. Un plan privado</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> <tr><td>j. Otros (Especifique)</td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:center"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align:right">\$ _____</td></tr> </tbody> </table>				SI	NO	Cantidad	a. Mi patrono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Vacaciones regulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Licencia por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Licencia por maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Pensión o retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Días feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	Pago voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	b. Fondo del Seguro del Estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	c. Seguro Social para Chóferes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	d. Seguro Social Federal por edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	e. Seguro Social Federal por incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	f. Seguro ACAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	g. Seguro por Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	h. Veteranos (Por la misma incapacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	i. Un plan privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	j. Otros (Especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	14. Estuve hospitalizado (a) 24 horas o más en: Nombre y dirección del hospital. Desde _____ Hasta _____
	SI	NO	Cantidad																																																																				
a. Mi patrono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
Vacaciones regulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
Licencia por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
Licencia por maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
Pensión o retiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
Días feriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
Pago voluntario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
b. Fondo del Seguro del Estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
c. Seguro Social para Chóferes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
d. Seguro Social Federal por edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
e. Seguro Social Federal por incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
f. Seguro ACAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
g. Seguro por Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
h. Veteranos (Por la misma incapacidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
i. Un plan privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____																																																																				
j. Otros (Especifique)	<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.			15. Durante mi incapacidad trabajé Desde _____ Hasta _____																																																																				
			16. Si se recuperó, indique fecha en que estuvo en condiciones de trabajar Desde _____ Hasta _____																																																																				
			17. Regresé a trabajar en (fecha)																																																																				

CERTIFICACIÓN

Certifico que estoy o estuve incapacitado (a) para trabajar y que toda la información suministrada por mi en este formulario es cierta.

AVISO

La Ley 18 del 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 más 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 término 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."

Firma del reclamante (o marca X, si no sabe firmar)	Fecha (mes-día-año)
---	---------------------

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi patrono y a mi médico, o a cualesquiera otras personas naturales o jurídicas, a que se consulte y/o suministre a Triple-S Vida, Inc. toda la información necesaria para el trámite de mi solicitud de beneficios. Fotocopia de esta autorización es considerada válida como el original.

Firma del reclamante (o marca X, si no sabe firmar)	Fecha	Teléfono
Nombre y dirección del testigo de la marca (en caso de que el reclamante firme con X)		Firma del testigo de la marca X
		Teléfono

PARTE B (USE LETRA DE MOLDE)			INFORME PATRONAL		
1. Nombre del (la) trabajador (a)	2. Núm. Seguro Social <small>(Para uso contributivo solamente)</small>	3. Núm. Empleado			
4. Salario semanal regular \$ _____		5. Horario semanal regular _____ Horas		6. Ocupación <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> No Exento	
7. Último día que trabajó físicamente _____/_____/_____ <small>Mes Día Año</small>	8. Razón de cesantía: Cesantía efectiva en: ____/____/_____ <small>Mes Día Año</small>		9. Día que regresó a trabajar _____/_____/_____ <small>Mes Día Año</small>		
10. Incapacidad relacionada con el trabajo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Núm. caso F.S.E. _____			11. Incapacidad relacionada con accidente de automóvil: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha informe accidente de automóvil: ____/____/_____ <small>Mes Día Año</small>		
12. ¿Hizo algún pago al (a) trabajador (a) durante su incapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique:					
			PERIODO		
TIPO DE PAGO	CANTIDAD <small>(Bruta)</small>	TOTAL DE DIAS	DESDE <small>(mes-día-año)</small>	HASTA <small>(mes-día-año)</small>	FECHA EN QUE EFECTUÓ O EFECTUARÁ EL PAGO <small>(mes-día-año)</small>
<input type="checkbox"/> Vacaciones regulares					
<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)					
13. Nombre del patrono y dirección postal				14. Teléfono: () -	
CERTIFICACIÓN Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta.					
AVISO La Ley 18 del 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, ayude o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más 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 término 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."					
Firma representante autorizado				Puesto que ocupa	
Email:				Fecha (mes-día-año)	

PARTE C (USE LETRA DE MOLDE)		CERTIFICADO MÉDICO
1. Nombre y apellidos del (a) paciente	2. Diagnóstico (Datos médicos que, según su conocimiento, incapacitan al paciente) USE CODIGO ICD 9-CM . Especifique las complicaciones, si la incapacidad es por embarazo. (Use letra legible)	
3. Núm. récord médico		
4. Período de tratamiento (sea específico) Desde _____ Hasta _____ (Mes-día-año) (Mes-día-año)		
5. Período de incapacidad (sea específico) Desde _____ Hasta _____ (Mes-día-año) (Mes-día-año)	6. GAF	
7. El (la) paciente estuvo hospitalizado (a) por 24 horas o más Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desde _____ Hasta _____ (Mes-día-año) (Mes-día-año)	8. Tratamiento fármaco-terapia	
9. En caso de embarazo o aborto indique: Fecha probable del parto _____ (Mes-día-año) Fecha del parto _____ (Mes-día-año) Fecha del aborto _____ (Mes-día-año)	10. Incapacidad relacionada con: SI NO el trabajo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> un accidente de automóvil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	11. Incapacidad producida o empeorada por el trabajo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<p>CERTIFICACIÓN</p> <p>Certifico que la información indicada arriba es correcta, y que soy un médico autorizado a ejercer mi profesión, o custodio de récord médicos.</p> <p>AVISO</p> <p>La Ley 18 del 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 más 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 término 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."</p>		
Firma	Fecha	
Nombre del médico: (Use letra de molde)	Especialidad	Número de licencia
Dirección	Teléfono ()	