

**DECLARACIÓN SOBRE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE / INCAPACIDAD TOTAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD  
CERTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE**

1. Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	2. Seguro Social	3. Núm. de póliza																				
4. Dirección Residencial (número calle, ciudad, pueblo, Zona Postal)																								
5. Dirección Postal (PO BOX, HC, RR, Pueblo, Zona Postal)				6. Fecha de Nacimiento (D,M,A)																				
7. Ocupación al momento de la incapacidad			8. Nombre v dirección del último patrono																					
9. Fecha que trabajó por ultima vez (D,M,A) Día _____ Mes _____ Año _____			10. Fecha de comienzo de la incapacidad (D,M,A) Día _____ Mes _____ Año _____																					
11. Causa de la incapacidad			12a. ¿Se encuentra trabajando en la actualidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la contestación es en la afirmativa, describa las tareas que realiza:																					
			12b. Dirección electrónica																					
13. Indique nombres de médicos, hospitales o clínicas, con sus direcciones, donde fue tratado por los últimos cinco (5) años. Incluya un listado adicional, si fuese necesario;																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">NOMBRE</th> <th style="width:30%;">DIRECCIÓN</th> <th style="width:20%;">FECHA DEL PRIMER SERVICIO</th> <th style="width:20%;">NUMERO DEL RECORD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>					NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DEL PRIMER SERVICIO	NUMERO DEL RECORD	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
NOMBRE	DIRECCIÓN	FECHA DEL PRIMER SERVICIO	NUMERO DEL RECORD																					
_____	_____	_____	_____																					
_____	_____	_____	_____																					
_____	_____	_____	_____																					
_____	_____	_____	_____																					
14. Indique cualquier enfermedad anterior que usted haya padecido, y la fecha;																								
15. Para procesar esta reclamación es necesario que usted Incluya por lo menos los siguientes documentos. Verifique con detenimiento que los mismos están completos; de lo contrario su reclamación será devuelta; <b>A)</b> Formulario CL-0586-56 "Informe Médico por Incapacidad"; <b>B)</b> Certificado de Nacimiento o de Bautismo; <b>C)</b> Carta de Aprobación de Beneficios del Seguro Social Federal, <b>D)</b> Su póliza; <b>E)</b> Su Libreta de Pago de Primas; y <b>F)</b> cualquier otro documento relacionado con su incapacidad.																								
<b>AVISO IMPORTANTE</b>																								
Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar 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. <b>Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.</b>																								
<b>AUTORIZACIÓN</b>																								
Por este medio autorizo a cualquier médico con licencia a ejercer su profesión, hospital, clínica u otra facilidad médica, compañía de seguro, el MIB, Inc., u otra organización, institución o persona que tuviera algún récord o conocimiento sobre mi persona o mi estado de salud o de cualquier miembro de mi familia a transferir a la <b>Triple-S Vida, Inc.</b> , tal información. Una copia fotostática de esta autorización y confirmación será tan valida como el original.																								
_____		_____		_____																				
Firma (o marca, si no sabe firmar)		Testigo de la marca		Fecha																				
<b>PARA USO DE LA OFICINA DE DISTRITO DE LA COMPAÑÍA</b>																								
_____			_____																					
Firma del Gerente			Firma del Débito																					
_____			_____																					
Fecha			D.L.P.																					

**CERTIFICACION DEL PATRONO**

1. Nombre del reclamante:		2. Seguro Social:	3. Salario Mensual:
4. Fecha último día trabajado por el reclamante: Mes _____ Día _____ Año _____	5. ¿Regresó el reclamante a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		6. Fecha en que regresó: Mes _____ Día _____ Año _____
7. La incapacidad del empleado se debe a: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de Automóvil <input type="checkbox"/> Otro accidente <input type="checkbox"/> Otra razón, explique: _____			
8. ¿Está la incapacidad del empleado relacionada con su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Llenó el informe de accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Fecha: Mes _____ Día _____ Año _____    Número del caso: _____			
9. ¿Hubo alguna incapacidad anterior a la actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Desde: Mes _____ Día _____ Año _____    Hasta: Mes _____ Día _____ Año _____			
10. Indique tareas que desempeña el reclamante en su trabajo: _____			
<b>Sello Corporativo</b>	11. Nombre de la Compañía: _____		Teléfono: _____
	Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es cierta.		Dirección: _____ _____ _____
	Firma del patrono u oficial autorizado _____	Fecha _____	