

# Formulario de prueba de la pérdida por incapacidad



Escriba a: EssentialStaffCare, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702

Observe que: Si no completa todas las secciones de este formulario puede ocasionar una demora en el pago de los reclamos.

## Sección para ser completada por el empleador

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular: ( ) — Fecha de nacimiento: / / Sexo:  Masculino  Femenino

Fecha de contratación: / / Fecha de vigencia de la cobertura: / /

Ingresos base: Mensual \$ \_\_\_\_\_ Semanal \$ \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Fue suspendido el empleado antes de esta enfermedad?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", indique la fecha: / /

Fecha de inicio de la incapacidad del empleado para trabajar: / / Fecha de reincorporación del empleado al trabajo: / /

¿La enfermedad o lesión está relacionada con la ocupación del paciente?  Sí  No (Si la respuesta es "Sí", explique).

Por la presente, certifico que el empleado mencionado anteriormente es miembro de nuestro programa de seguro grupal y que la información declarada anteriormente es correcta según mi leal saber y entender.

Firma del empleador: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sección para ser completada por el empleado

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / /  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Primera fecha de tratamiento (enfermedad): / / Fecha del accidente (lesión): / /

En caso de accidente, ¿cómo se produjo? \_\_\_\_\_

¿El accidente se produjo en el trabajo?  Sí  No Fecha de inicio de la incapacidad para trabajar: / / /

¿Tuvo el paciente anteriormente la misma afección o una afección similar?  Sí  No (Si la respuesta es "Sí", indique e incluya el nombre y la dirección del médico a cargo).

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Instrucciones para la autorización:** La autorización debe ser completada y firmada por el asegurado. Si el asegurado no puede trabajar, la autorización debe ser completada y firmada por el tutor legal o pariente más cercano.

Para todos los médicos, hospitales, proveedores de servicios médicos, farmacéuticos, empleadores, agencias de información al consumidor, agencias encargadas del cumplimiento de la ley y cualquier otra agencia u organización (incluidas otras compañías de seguro, Administración del Seguro Social, Blue Cross Blue Shield, planes de salud autoasegurados y prepagos):

Tiene autorización para permitir que Planned Administrators, Inc. y sus representantes autorizados vean y obtengan una copia de TODOS LOS REGISTROS, incluidos los registros de empleo, los registros de reclamos de seguro, los registros policiales, los registros fiscales, los registros contables y los registros médicos tales como exámenes, historia clínica, diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a toda enfermedad física o mental, incluyendo información relacionada con enfermedades mentales, tratamientos contra drogas o alcohol, VIH (virus del SIDA) y enfermedad padecida por: \_\_\_\_\_

Escriba en letra imprenta el nombre del asegurado

Comprendo que la información obtenida sólo será utilizada por Planned Administrators, Inc. a fin de determinar la elegibilidad para los seguros y beneficios solicitados bajo esta póliza. Autorizo la divulgación de dicha información a compañías reaseguradoras, la Medical Information Bureau y otras personas u organizaciones que brinden servicios comerciales o legales en relación con mi reclamo, salvo disposición legal en contrario. Sin mi consentimiento, dicha información no se entregará, venderá, transferirá o transmitirá a ninguna otra persona no especificada en este formulario. Comprendo que es posible revocar esta autorización mediante una notificación escrita a Planned Administrators, Inc.; sin embargo, esta revocación no se aplicará a la información ya divulgada. Si no existe revocación, esta autorización tendrá vigencia mientras el reclamo permanezca pendiente pero no podrá exceder el máximo de dos años a partir de la fecha indicada a continuación. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Asimismo, comprendo que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado si se halla firmada por otra persona que no sea el asegurado

(Si firma otra persona que no sea el asegurado, escriba en letra imprenta el nombre y la dirección e incluya los documentos de la tutela u otra evidencia de representación legal.)

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

IMPORTANTE: Si la incapacidad del empleado no ha cesado, quite la siguiente parte. Envíela a la compañía de seguros apenas el empleado se reincorpore al trabajo.

## Notificación de la reincorporación del empleado al trabajo

IMPORTANTE: Es responsabilidad del empleado informar a la compañía de seguros la fecha de su reincorporación al trabajo.

Nombre completo del empleado: \_\_\_\_\_ NSS del empleado: \_\_\_\_\_

Se reincorporó al trabajo el: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la compañía)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

## Declaración del médico a cargo

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

**Autorización para la divulgación de información:** Por la presente autorizo al médico que suscribe, a divulgar todo tipo de información adquirida durante el transcurso de mi examen o tratamiento.

Firma (paciente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

1A. Diagnóstico y enfermedades simultáneas \_\_\_\_\_  
(En caso de fractura o luxación, describa la naturaleza y ubicación).

1B. ¿Se debe la afección a una lesión o enfermedad surgida fuera del empleo del paciente? (Si la respuesta es "Sí", explique.)  Sí  No

1C. ¿Se trata de un embarazo?  Sí  No \_\_\_\_\_ Fecha: 20 \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue la fecha de inicio aproximada del embarazo?)

2A. ¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas o se produjo el accidente? Fecha: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

2B. ¿Cuándo fue la primera consulta del paciente por esta afección? Fecha: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

2C. ¿Tuvo el paciente anteriormente la misma afección o una afección similar?  Sí  No \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es "Sí", indique cuándo y describa).

3A. Naturaleza del procedimiento quirúrgico u obstétrico, si lo hubiera. Fecha de realización: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  Paciente hospitalizado  
 Paciente ambulatorio

(Describa detalladamente e incluya los códigos CPT-4 actuales).

3B. En caso de realizarse en un hospital, proporcione el nombre del hospital y las fechas de hospitalización. \_\_\_\_\_  
Desde \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

4. Indique las fechas de otros tratamientos médicos (no quirúrgicos), si los hubiera. Consultorio \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ (Particular)  
20 \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

5. ¿Se halla el paciente todavía bajo su cuidado por esta afección?  Sí  No \_\_\_\_\_ Fecha: 20 \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es "No", indique la fecha de finalización de sus servicios.)

6A. ¿Por cuánto tiempo el paciente estuvo o permanecerá totalmente incapacitado? \_\_\_\_\_ Desde 20 \_\_\_\_\_ hasta  
20 \_\_\_\_\_

(Incapacitado para trabajar) En caso de desconocerse, estime una fecha de recuperación anticipada. \_\_\_\_\_ Fecha: 20 \_\_\_\_\_

6B. ¿Se trata del presente de una extensión de un reclamo previo por incapacidad?  Sí  No Desde 20 \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es "Sí", proporcione nuevas fechas en las que el paciente estará totalmente incapacitado.)

7. A su entender, ¿posee el paciente otro seguro médico o cobertura de plan de salud? (Si la respuesta es "Sí", identifique.)  Sí  No

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
(Escriba en letra imprenta) Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

NSS particular del profesional: \_\_\_\_\_ Número de identificación de todos los otros empleadores: \_\_\_\_\_

## Declaración de fraude

Toda persona que, deliberadamente o con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un acto delictivo y quedará sujeta a sanciones civiles o penales.

Las leyes de algunos estados exigen que le proporcionemos la siguiente información:

### ADVERTENCIA. Toda persona que, deliberadamente:

**Alaska:** o con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será procesada conforme a la ley del estado.

**Arizona y Arkansas:** presente un reclamo falso o fraudulento de pago de una pérdida o beneficio, quedará sujeta a sanciones penales y civiles, o **específico de AR:** presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un acto delictivo y quedará sujeta a sanciones y a reclusión en prisión.

**California, Louisiana, Nuevo México y Texas:** presente un reclamo falso o fraudulento de pago de una pérdida o beneficio (o **específico de LA y TX:** que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro) será culpable de un acto delictivo y quedará sujeta a sanciones y a reclusión en prisiones estatales, (o **específico de NM:** a sanciones civiles y penales).

**Delaware:** y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será responsable de un delito mayor.

**Florida:** y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será responsable de un delito de tercer grado.

**Idaho e Indiana:** y con la intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa será responsable de delito mayor (para Idaho) y cometerá un delito mayor (para Indiana).

**Kentucky, Nueva York y Pennsylvania:** y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de demanda que contenga información falsa u oculte información concerniente a hechos fundamentales con el objeto de engañar, cometerá un delito de acto fraudulento contra el seguro, **específico de PA:** y quedará sujeta a sanciones penales y civiles y **específico de NY:** además, quedará sujeta a una sanción civil que no podrá exceder los cinco mil dólares y el valor estipulado en el reclamo para cada infracción.

**Nueva Jersey:** presente una demanda que contenga información falsa o engañosa, quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Ohio:** con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, remita o presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude contra la compañía de seguros.

**Oklahoma:** y con la intención de damnificar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, realice un reclamo de fondos de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de delito mayor.

#### **ADVERTENCIA:**

**Colorado:** La ley prohíbe suministrar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros, con el objeto de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones penales pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y pago por daños y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros o sus agentes que suministren deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a un titular de póliza o demandante con el objeto de defraudarlo o intentar defraudarlo respecto de una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro, deberán ser denunciados a la División de seguros del Departamento de Agencias Normativas de Colorado.

**Distrito de Columbia, Tennessee y Virginia:** Es un acto delictivo suministrar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el objeto de defraudar a dicha compañía (o **específico de DC:** a otra persona). Las sanciones penales incluyen prisión y/o multas. Asimismo, una compañía de seguros puede denegar los beneficios del seguro, si el solicitante suministró información falsa esencialmente relacionada con un reclamo.

**Hawaii:** La presentación de un reclamo fraudulento de pago de una pérdida o un beneficio constituye un acto delictivo penado con multas o prisión, o ambos.

**Maine:** Es un acto delictivo suministrar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el objeto de defraudarla. Las sanciones penales pueden incluir prisión, multas o denegación de los beneficios del seguro.

**Minnesota:** Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o que ayude a cometer un fraude contra una compañía de seguros será culpable de un acto delictivo.

**New Hampshire:** Toda persona que, con el objeto de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa quedará sujeta a procedimiento penal y condena por fraude contra la compañía de seguros, según lo dispuesto en RSA 638.20.

Avalado por BCS Insurance Company y BCS Life Insurance Company, Oakbrook Terrace.