

Formulario de reclamación por discapacidad



Las instrucciones:

1. Usted, el empleado, debe completar las páginas 1 y 2;
2. El titular de la póliza grupal (su empleador) debe completar la página 3; y
3. El médico que le recomendó que dejara de trabajar debe completar las páginas 4 y 5.
4. Envíe los formularios completados por fax o correo postal a Advance Insurance Company of Kansas.

Solo para uso de la oficina

Número de reclamación

Declaración del empleado

Beneficio que se solicita:

- Discapacidad de corto plazo Discapacidad de largo plazo Exención de la prima

Su primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____ Sexo: Hombre Mujer Su fecha de nacimiento _____

Dirección de su casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No. de Seguro Social. _____ No. de teléfono de su trabajo _____ Su ocupación _____

- 1) Esta discapacidad se debe a: un accidente una enfermedad
- 2) No he podido trabajar debido a esta discapacidad desde (¿qué fecha?): _____
- 3) Regresé a trabajar (marque una opción): medio tiempo (¿en qué fecha?): _____ tiempo completo (¿en qué fecha?): _____
- 4) ¿En qué fecha fue su accidente o cuándo notó los primeros síntomas de su enfermedad? _____
- 5) Describa cómo y en dónde ocurrió el accidente o describa los primeros síntomas de su enfermedad:

6) ¿Su accidente o enfermedad se relaciona con su ocupación? Sí No Si la respuesta es sí, explique:

7) ¿En qué fecha recibió tratamiento por primera vez por su lesión o enfermedad? _____

8) ¿Alguna vez ha tenido la misma afección o una similar en el pasado? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo?

9) ¿Ha sido hospitalizado por esta discapacidad? Sí No Si la respuesta es sí, proporcione a continuación la información solicitada sobre su estadía:

a) Fechas de la hospitalización: del _____ al _____

b) Hospital: _____
Nombre _____ Calle o casilla postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

c) Médico: _____
Nombre _____ Calle o casilla postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

10) Nombre del médico que lo trata por esta discapacidad: _____

a) Número de teléfono de su médico tratante: _____

b) Dirección de su médico tratante: _____
Calle o casilla postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Continúe con la declaración del empleado en la página 2.

Continuación de la Declaración del empleado

11) ¿Qué otros ingresos está recibiendo? (incluya cualquier forma de empleo) ¿Para qué otro ingreso es elegible como resultado de esta discapacidad? (p. ej., protección por lesión personal bajo una póliza de seguro de automóvil, otra póliza de discapacidad patrocinada por el empleador/deducida de la nómina, Seguridad Social, compensación de los trabajadores, beneficios por desempleo, etc.):

Ninguna otra fuente de ingresos

Estoy recibiendo otros ingresos, que explico a continuación:

a) Fuente del ingreso: _____ Cantidad: _____

b) Fecha en la que inició y finalizó el ingreso: desde _____ hasta _____

12) Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Legalmente separado(a)

a) Si está casado, ¿su cónyuge trabaja? Sí No

b) ¿Cuántos hijos tiene? _____

13) Indique los nombres y las fechas de nacimiento de su cónyuge y de sus hijos derechohabientes (si necesita más espacio, adjunte una hoja separada con la información completa; y, firme y coloque la fecha a la hoja separada):

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Relación _____

Autorización.

Las declaraciones anteriores son verdaderas y están completas según mi leal saber y entender. Comprendo que la Compañía no estará obligada a admitir la validez de ninguna reclamación o a renunciar al incumplimiento de ninguna condición de la póliza al proporcionar este formulario e investigar la reclamación.

Por este medio autorizo a cualquier hospital o médico que me haya tratado, otra persona que me haya atendido y/o examinado, o a cualquier agencia gubernamental a que proporcione a Advance Insurance Company of Kansas (AICK), que brinda este formulario, o sus representantes, toda la información o parte de ella con respecto a alguna enfermedad, lesión, consulta, receta médica, tratamiento o beneficio, así como copias de todos los registros que correspondan. Una copia fotográfica de la autorización será tan válida como el original. Puedo revocar la autorización al notificar por escrito a AICK acerca de mi deseo de hacerlo. Esta autorización expira dos años después de la fecha de la firma.

Firma del empleado aquí

Fecha de la firma

Declaración del empleador (responda todas las preguntas para evitar demoras)

Beneficio que se solicita:

Discapacidad de corto plazo

Discapacidad de largo plazo

Exención de la prima

Primer nombre del empleado

Inicial del segundo nombre Apellido

Sufijo

No. de Seguro Social

Fecha de contratación del empleado

Fecha de entrada en vigor del seguro

- 1) Programación laboral del empleado _____ días a la semana; _____ horas al día
- 2) ¿Cuál era la ocupación del empleado al momento de la discapacidad? _____
- 3) ¿En qué fecha el empleado se presentó por última vez al trabajo? _____
- 4) ¿Cuál fue la razón para dejar de trabajar? _____
- 5) Salario del empleado: \$ _____ por hora _____ horas por semana a partir de _____
Fecha de entrada en vigor del salario
- 6) ¿El salario proporcionado incluye lo siguiente? (Marque todas las opciones que apliquen): Horas extra Bonos Comisiones
- 7) ¿Qué porcentaje de la prima paga este **empleado** por el beneficio que se aplica? _____ %
- 8) ¿La prima para este beneficio se ejecuta a través de la Sección 125 o un Plan de beneficios flexibles? Sí No
(Aviso: si respondió que sí, los beneficios por discapacidad tendrán un impuesto FICA del 100%).
- 9) El empleado regresó a trabajar: medio tiempo (¿en qué fecha?): _____
tiempo completo (¿en qué fecha?): _____
- 10) ¿El empleado recibirá (o recibió) continuidad de su salario, como pago de vacaciones, pago por enfermedad o tiempo libre personal, en cualquier momento durante este periodo de discapacidad? Sí No **Si la respuesta es sí**, indique la fecha de inicio: _____ al _____
- 11) ¿El empleado solicitará (o solicitó) la compensación para trabajadores? Sí No **Si la respuesta es sí**, indique la fecha de inicio: _____ al _____ y monto recibido: \$ _____ por _____
- 12) ¿El empleado presentará (o presentó) una solicitud para compensación por desempleo para beneficios por discapacidad proporcionada por un Plan de Bienestar de un sindicato de gestión laboral de empleador-empleado? Sí No **Si la respuesta es sí**, indique la fecha de inicio: _____ al _____ y monto recibido: \$ _____ por _____
- 13) ¿Este empleado está solicitando o recibiendo beneficios de cualquier otra póliza patrocinada por el empleado/deducida de la nómina? Sí No **Si la respuesta es sí**, indique la fecha de inicio: _____ al _____
- 14) ¿Este empleado es elegible para una pensión por discapacidad? Sí No **Si la respuesta es sí**, indique la fecha de inicio: _____ al _____ y monto recibido: \$ _____ por _____
- 15) ¿Su compañía está sujeta a los lineamientos de ERISA? Sí No
- 16) Si está solicitando beneficios por Discapacidad de largo plazo, por favor adjunte una descripción laboral para este empleado que incluya los requisitos físicos del trabajo.
- 17) Anotaciones: _____

Escriba claramente en letra de molde. Se requiere una firma antes de poder procesar cualquier reclamación.

Nombre del titular de la póliza grupal

No. de teléfono

No. de fax

Dirección completa del empleador

Ciudad

Estado

Código postal

Firma del empleador aquí

Título del signatario

Fecha de la firma

Declaración del médico tratante (para ser completada únicamente por el médico tratante o un miembro de su personal bajo la dirección del médico. Responda todas las preguntas para evitar demoras).

Primer nombre del paciente _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____ Fecha de nacimiento _____

1) Antecedentes

- a) ¿Cuándo ocurrió el accidente o cuándo aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad? _____
- b) ¿En qué fecha el médico le dijo al paciente que dejara de trabajar debido a esta discapacidad? _____
- c) ¿El paciente ha tenido alguna vez la misma afección o una similar? Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? y describa: _____
- d) ¿Esta afección se debe a un accidente? Sí No Si la respuesta es sí, indique la fecha del accidente: _____
- e) ¿Esta afección se debe a una lesión o enfermedad que surja del empleo del paciente? Sí No Desconocido
- f) Nombre(s) y dirección(es) de otros médicos tratantes: _____

2) Discapacidad

- a) Diagnóstico (incluyendo cualquier complicación) _____ Código ICD-10 _____
- b) ¿Tiene algún síntoma subjetivo? _____ Código ICD-10 _____
- c) Si la discapacidad se debe al embarazo, fecha estimada de parto (EDC): _____ Fecha de parto _____
Tipo de parto _____

3) Fechas de tratamiento

- a) Fecha en la que trató al paciente por **primera vez** por este episodio de discapacidad: _____
- b) Fecha del tratamiento más reciente: _____
- c) Frecuencia: Semanalmente Mensualmente Otra (especifique) _____
- d) Fecha de la próxima consulta programada: _____

4) Naturaleza del tratamiento

- a) Tratamiento ordenado (incluyendo cirugía, medicamentos, fisioterapia, etc.): _____ Código CPT _____
- b) Según su conocimiento, ¿el paciente está siguiendo el programa de tratamiento recomendado? Sí No

5) Avance

- a) El paciente se ha recuperado ha mejorado no presenta cambios ha retrocedido
- b) El paciente es/está ambulatorio confinado en casa hospitalizado
- c) ¿El paciente ha estado hospitalizado? Sí No Si la respuesta es sí, proporcione las fechas de hospitalización:
- a) Fechas de la hospitalización: del _____ al _____
- b) Hospital: _____
- Nombre _____ Calle o casilla postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

6) Salud cardíaca (si aplica) según la Asociación Americana del Corazón

- a) Capacidad funcional: Clase 1 - sin limitación Clase 3 - limitación marcada
 Clase 2 - limitación leve Clase 4 - limitación completa
- b) Lectura de la presión arterial (última consulta): Sistólica _____ Diastólica _____

Continuación de la declaración del médico tratante

Primer nombre del paciente

Inicial del segundo nombre Apellido

Sufijo

Fecha de nacimiento

7) Impedimento físico (¿cuál de estas clases aplica a su paciente para este episodio de discapacidad?)

- Clase 1 - sin limitación de la capacidad funcional; capaz de realizar trabajo pesado (sin restricciones).
- Clase 2 - actividad media; capaz de hacer trabajo medio.
- Clase 3 - limitación leve de la capacidad funcional; capaz de realizar trabajo ligero.
- Clase 4 - limitación moderada de la capacidad funcional; capaz de realizar actividades administrativas/de oficina.
- Clase 5 - limitación grave de la capacidad funcional; incapaz de realizar incluso trabajo sedentario mínimo.

8) Impedimento mental/neurológico (si aplica)

- Clase 1 - el paciente puede desempeñarse bajo estrés y participar en relaciones interpersonales (sin limitaciones).
- Clase 2 - el paciente puede desempeñarse en la mayoría de situaciones estresantes y participar en la mayoría de las relaciones interpersonales (limitaciones leves).
- Clase 3 - el paciente puede tolerar solo situaciones estresantes limitadas y puede participar únicamente en relaciones interpersonales limitadas (limitaciones moderadas).
- Clase 4 - el paciente es incapaz de tolerar situaciones estresantes o de participar en relaciones interpersonales (limitaciones marcadas).
- Clase 5 - el paciente tiene pérdida significativa de adaptación psicológica, fisiológica, personal y social (limitaciones graves).

9) Estado y pronóstico

a) Esta discapacidad evita que el paciente trabaje en:

Trabajo del paciente

Sí No

Cualquier otro trabajo

Sí No

b) ¿Qué funciones del trabajo del paciente no puede desempeñar? _____

Trabajo del paciente

Sí No

Cualquier otro trabajo

Sí No

c) ¿Espera un cambio fundamental o marcado en el futuro?

Si la respuesta es sí, indique la fecha en la que el paciente se recuperará lo suficiente como para desempeñar sus actividades: _____

Si la respuesta es no, explique: _____

Trabajo del paciente

1 mes
 2 a 3 meses
 4 a 6 meses
 Nunca

Cualquier otro trabajo

1 mes
 2 a 3 meses
 4 a 6 meses
 Nunca

d) Tiempo estimado de recuperación para esta discapacidad: _____ (# de semanas) o

10) Rehabilitación

a) ¿El paciente es un candidato idóneo para recibir más servicios de rehabilitación?

Trabajo del paciente

Sí No

Cualquier otro trabajo

Sí No

b) ¿El trabajo actual se puede modificar para permitir el manejo de la discapacidad?

Sí No

Sí No

c) ¿Cuándo podría comenzar el empleo de prueba?

tiempo completo medio tiempo _____

d) ¿Se recomendaría la asesoría vocacional y/o el reentrenamiento?

Sí No

11) Anotaciones

Escriba claramente en letra de molde. Se requiere una firma antes de poder procesar cualquier reclamación.

Nombre completo del médico

No. de teléfono

No. de fax

Dirección completa del médico

Ciudad

Estado

Código postal

Especialidad del médico

Firma del médico aquí

Fecha de la firma