

---

---

## Declaración Referente a la Reclamación por Concepto de Incapacidad a Largo Plazo (*Long Term Disability Claim Statement*)

---

---



ASSURANT

Employee  
Benefits®

**Para su protección, las siguientes divulgaciones son requeridas de conformidad con la ley estatal, dependiendo del estado donde usted resida:**

**La siguiente advertencia aplica a todo residente de los estados de Alaska u Oregon:**

Cualquier persona que remita una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, podrá ser procesada bajo la ley estatal, si dicha documentación fuera remitida deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros.

**La siguiente advertencia aplica a todo residente de los estados de Arizona o New Jersey:**

Cualquier persona que, deliberadamente, remita una reclamación falsa o fraudulenta para recaudar retribución por concepto de una pérdida, estará sujeta a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

**La siguiente advertencia aplica a todo residente de los estados de Arkansas, Louisiana, Maryland o Rhode Island:**

Cualquier persona que, deliberadamente, remita una reclamación falsa o fraudulenta para recaudar beneficios o retribución por concepto de una pérdida o que, deliberadamente, proporcione información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de haber cometido un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y a la reclusión en una prisión.

**La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de California:**

Cualquier persona que, deliberadamente, remita una reclamación falsa o fraudulenta con la finalidad de recaudar retribución por concepto de una pérdida, será culpable de haber cometido un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y a la reclusión en una prisión estatal.

**La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de Colorado:**

**El suministro de información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con la finalidad o intento de defraudar a la misma es considerado un acto ilícito, si dicha información o datos fueran remitidos deliberadamente. Las penalidades podrían abarcar la privación de la libertad, la aplicación de multas, la denegación de los beneficios derivados del seguro y la aplicación de sanciones por daños y perjuicios. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, deliberadamente, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de una póliza o reclamante, con la finalidad o intento de defraudar al contratante de la póliza o reclamante en torno a la liquidación o pago de los réditos provenientes de un seguro, será reportado a la *Colorado Division of Insurance*, la cual forma parte del *Department of Regulatory Agencies*.**

**La siguiente advertencia aplica a todo residente de los estados de Delaware, Florida, Idaho, Indiana u Oklahoma:**

**ADVERTENCIA:** Cualquier persona que remita una declaración relacionada con una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito, si dicha documentación fuera remitida deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros. En el estado de Florida, dichos actos constituyen un delito de tercer grado.

**La siguiente advertencia aplica a todo residente del Distrito de Columbia y de los estados de Tennessee o Virginia:**

**ADVERTENCIA:** El suministro de información falsa o engañosa a una aseguradora con la finalidad de defraudar a la misma o a cualquier otra persona, es un delito. Las penalidades abarcan la privación de la libertad y/o la aplicación de multas. Asimismo, una aseguradora podría denegar el pago de los beneficios provenientes de un seguro, si el solicitante proporcionara información falsa materialmente relacionada con la reclamación de dichos beneficios.

***Para evitar demoras innecesarias, asegúrese que todas y cada una de las partes que integran la Declaración Referente a la Reclamación hayan sido llenadas en su totalidad de acuerdo con las instrucciones correspondientes. NO SEPARE las páginas de este documento.***

Los productos y servicios comercializados por Assurant Employee Benefits son suscritos y/o suministrados por Union Security Insurance Company. En este documento, "nosotros" y los otros pronombres pertinentes se refieren a cada uno como fuera aplicable.

A continuación se indican los domicilios, las líneas telefónicas gratuitas y los números de fax correspondientes a nuestros Centros Regionales de Beneficios:

**Assurant Employee Benefits** PO Box 40918 Indianapolis Indiana 46240-0918 • T 800.283.3636 • F 317.205.2201

**Assurant Employee Benefits** PO Box 390844 Minneapolis Minnesota 55439-0844 • T 800.325.8385 • F 952.920.4577

**Assurant Employee Benefits** (Oficina Matriz) PO Box 419568 Kansas City Missouri 64141-6568 • T 800.451.4531 • F 816.556.7687

**La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de New Hampshire:**

Cualquier persona que, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una declaración relacionada con una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, será sujeta a proceso y a la aplicación de un castigo por concepto de fraude en materia de seguros, de conformidad con lo estipulado bajo la RSA 638:20.

**La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de New York:**

Cualquier persona que remita una solicitud para seguro o una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento, si dichos documentos fueran remitidos deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos son delitos que exponen a dicha persona a la aplicación de una penalidad civil, por concepto de cada violación de esta índole. La penalidad no excederá de cinco mil dólares más el valor declarado en dicha reclamación.

**La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de Minnesota:**

Cualquier persona que remita una reclamación con la intención de defraudar o que ayude a cometer fraude contra una aseguradora será culpable de haber cometido un delito.

**La siguiente advertencia aplica a todo residente del estado de Texas:**

Cualquier persona que, deliberadamente, remita una reclamación falsa o fraudulenta con la finalidad de recaudar retribución por concepto de una pérdida, será culpable de haber cometido un delito y podrá estar sujeta a la aplicación de multas y a la reclusión en una prisión estatal.

**La siguiente advertencia aplica a todo residente de cualquier estado que no haya sido mencionado con antelación:**

Cualquier persona que remita una solicitud para seguro o una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento en materia de seguros, si dichos documentos fueran remitidos deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona. Dichos actos son delitos que exponen a dicha persona a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

**NOTICE**

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

**ADVERTENCIA**

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedido en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

Por favor, lea detenidamente las siguientes instrucciones para llenar apropiadamente la Declaración Referente a la Reclamación por Concepto de Incapacidad a Largo Plazo, la cual es anexada a este documento. Hágase saber que si la Declaración Referente a la Reclamación no fuera íntegramente llenada, la misma será devuelta para que la información omitida sea proporcionada.

No separe las páginas de este documento. Hágase saber que las declaraciones adicionales del médico podrán ser recabadas, ya sea de su Centro Regional de Beneficios o mediante una copia de la declaración del médico anexada a este documento. Anexe cualquier declaración adicional del médico a la Declaración Referente a la Reclamación.

Después que la Sección del Empleador haya sido llenada en su totalidad, entréguele al reclamante la Declaración completa para que el mismo llene la Declaración del Reclamante. Si el reclamante hubiera regresado a trabajar o si la reclamación presentada se sustentara en un embarazo, no se requerirá llenar la parte 2 de esta Declaración del Reclamante. Después que las Declaraciones del Empleador y Reclamante hayan sido llenadas en su totalidad, remítaselas al médico o médicos intervinientes para que llenen la Declaración del Médico. Dicho médico tendrá que ser el médico o médicos que hayan suministrado el tratamiento en la fecha de comienzo de la incapacidad.

Instrucciones para llenar las secciones del Empleador:

### **Declaración del Empleador Referente a la Reclamación —Parte 1**

Por favor, indique al comienzo de la página si este formulario es o no es para una reclamación nueva.

- 1.-9. No requiere explicación.
10. Fecha de Efectividad de la cobertura LTD del reclamante.
11. El último día en que el reclamante realmente trabajó en su ocupación habitual y el número total de horas trabajadas en su último día.
12. El número de días de trabajo por semana y el número de horas por día en que el reclamante estuvo programado para trabajar su itinerario regular antes de sufrir su incapacidad.
13. No requiere explicación.
14. Esta pregunta debe ser contestada si su compañía tuvo la cobertura LTD con una aseguradora diferente, inmediatamente antes de su cobertura con Assurant Employee Benefits. Si fuera aplicable, indíquenos las fechas de efectividad y terminación del **plan previo** del reclamante.
15. Cualquier otra cobertura que el reclamante tenga con Assurant Employee Benefits. (Por ejemplo, Seguros de Vida, Médico, Dental, etc.)
- 16.-17. Si el reclamante hubiera regresado a su trabajo, indíquenos su itinerario **actual** de trabajo.
18. Indíquenos el resultado de su diálogo o diálogos con el reclamante y si hubiera podido implementar modificaciones razonables para permitir que el reclamante pudiera regresar a trabajar.
19. El ingreso mensual básico del reclamante en la fecha de la determinación indicada en su póliza LTD. Si el reclamante recibiera algún bono, comisión u otra compensación extraordinaria, revise la Definición en la Póliza pertinente al Ingreso Mensual y proporcione la documentación que lo demuestre.
- 20.-22. Los beneficios LTD pueden estar sujetos al pago de impuestos. Estas preguntas son esenciales para que nosotros podamos tomar dicha determinación.
23. No requiere explicación.
24. Para cualquier fuente de ingresos marcada, por favor, anexe la nómina de pago, notificaciones de otorgamiento, notificaciones de denegación o cualquier otra documentación que esté disponible.
25. No requiere explicación.
26. Esta parte de la declaración referente a la reclamación tendrá que ser firmada por otra persona que no sea el reclamante que esté remitiendo esta reclamación. Asegúrese de indicar el cargo o puesto del trabajo de la persona que firme este formulario.

### **Declaración del Empleador Referente a la Reclamación —Parte 2**

Llene **íntegramente** esta sección de la declaración referente a la reclamación por **cada** reclamación presentada.

Por favor, anexe a esta declaración de reclamación una copia de la descripción propia del empleador respecto al puesto del reclamante. Si la descripción de funciones laborales no estuviera disponible, por favor, anexe una hoja por separado detallando la índole y las responsabilidades esenciales del puesto del reclamante. Esta sección tiene que ser llenada por una persona que esté familiarizada con el puesto del reclamante; por ejemplo, el supervisor.

#### Aspectos físicos

1. No requiere explicación.
2. Por favor, indíquenos con qué frecuencia el reclamante tiene que desempeñar cada una de las actividades listadas y el peso, si hubiera alguno, que el reclamante tiene que levantar o cargar en un día de trabajo habitual.

<input type="checkbox"/> Nunca = 0 horas	<input type="checkbox"/> Frecuentemente = 2-1/2-5-1/2 horas
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente = 1/2-2-1/2 horas	<input type="checkbox"/> Continuamente = 5-1/2 horas o más
- 3.-5. No requiere explicación.

#### Estrés/Aspectos No-Físicos

Para cada pregunta listada, por favor, indique con qué frecuencia el reclamante está involucrado en estas actividades, proporcionándonos el porcentaje de trabajo al día que el reclamante invierte desempeñando cada actividad.



**Declaración Referente a la Reclamación por Concepto de Incapacidad a Largo Plazo**

**\*Información Requerida**

**Declaración del Empleador Referente a la Reclamación — Parte 1** (Favor de escribir con letra de molde o mecanografiar y anexe hojas adicionales, si fuera necesario.)

Reclamación nueva:  Sí  No

1. Nombre del empleador	2. Núm. de póliza*	3. Núm. de participación	4. Núm. de cuenta
5. Tipo de Entidad Comercial del Empleador (por ejemplo, corporación, corporación profesional, asociación profesional, corporación S, sociedad colectiva, propietario independiente)			
6. ¿Tiene el reclamante algún derecho de propiedad en la empresa del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí", el porcentaje de la titularidad _____ %		7. Nombre legal completo del reclamante*	
8. Núm. Seg. Soc.	9. Fecha de contratación del empleado		10. Fecha de efectividad del seguro
11. Último día de trabajo _____ Núm. de horas trabajadas en dicho día _____		12. Horario de trabajo del reclamante al momento de sufrir la incapacidad: _____ Días por semana _____ Horas por día	
13. ¿Era el reclamante miembro de algún sindicato laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		14. ¿Estuvo el reclamante cubierto bajo su plan LTD previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de efectividad bajo el plan <b>previo</b> _____ Fecha de terminación bajo el plan <b>previo</b> _____	
15. ¿Tiene el reclamante alguna otra cobertura emitida por Assurant Employee Benefits? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí", por favor indique el tipo de cobertura.			
16. Ha regresado el reclamante a su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí", en qué fecha: _____ Con restricciones _____ Capacidad máxima		17. Horario actual de trabajo del reclamante _____ Día(s) por semana _____ Horas por día	
18. a. ¿Han dialogado usted y el reclamante sobre la implementación de modificaciones razonables que le pudieran permitir regresar a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Cuenta usted con algún programa establecido para regresar a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí" a cualquiera de las preguntas, favor de explicar. c. ¿Qué modificaciones ha implementado?			
19. Ingreso básico \$ _____ por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Cómo se le paga al reclamante? <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Salario + comisión <input type="checkbox"/> Sólo por comisión <input type="checkbox"/> Salario + bono Fecha de efectividad del último cambio al salario _____ <input type="checkbox"/> Otro _____			
20. ¿Contribuye el reclamante hacia el costo de este seguro LTD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí": <input type="checkbox"/> Pre-impuestos <input type="checkbox"/> Pos-impuestos Si fuera "pos-impuestos," _____ % de las primas pagadas por el empleador _____ % pagadas por el reclamante			
21. ¿Participa el empleador en la porción del Seguro Social de la FICA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí": Ingresos pagados al reclamante a lo largo de este año, hasta la fecha de hoy (para la determinación de la FICA) \$ _____			
22. ¿Ha cambiado el % de contribución o el % de la cantidad de los pre/pos impuestos del reclamante durante los últimos 4 años calendarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
23. ¿Ocurrió esta incapacidad como resultado del empleo del reclamante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente en disputa Si responde "sí", o en disputa, por favor indíquenos el núm. de póliza, nombre, domicilio y teléfono del administrador de Compensación para Trabajadores.			
24. ¿A su mejor saber, está el reclamante recibiendo o tiene derecho a recibir beneficios de alguna de las siguientes fuentes? <input type="checkbox"/> Continuación de salario Cantidad: _____ por cada _____ Desde _____ hasta _____ <input type="checkbox"/> Compensación para Trabajadores Beneficio semanal _____ Fecha de efectividad _____ <input type="checkbox"/> Jubilación o pensión Cantidad de beneficio _____ Fecha de efectividad _____ <input type="checkbox"/> Pago por la Guardia Nacional/Reserva Militar <input type="checkbox"/> Otra _____ ¿Distribución en una suma global? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
25. ¿Desea que los cheques por concepto de la incapacidad sean enviados directamente al domicilio del reclamante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
26. Fecha _____	Por _____ AUTORIZADO POR (FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE.)		
Fax _____	Por _____ FIRMA AUTORIZADA (PUESTO)		
Teléfono _____	Correo electrónico _____		

**NO SEPARÉ**

**Declaración del Empleador Referente a la Reclamación —Parte 2**  
**Aspectos Físicos/No-Físicos del Trabajo**

Por favor, llene esta sección de la declaración referente a la reclamación con la finalidad de proporcionarnos información concerniente a las exigencias físicas/no-físicas del trabajo desempeñado por el reclamante. Anexe una descripción narrativa de las funciones laborales, si estuviera disponible.

Puesto del reclamante \_\_\_\_\_

Firma/Puesto \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Requerimientos Físicos**

1. En un día de trabajo habitual, indique el número de horas que el reclamante dedica a cada una de estas posiciones y si puede alternarlas:

Posición	Núm. total de horas	Puede Alternar Posiciones			
		Voluntariamente	15- 30 Minutos	Por hora	Nunca
Sentado	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De pie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduciendo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El reclamante tiene que	Nunca	Ocasionalmente (1/4-2 1/2 horas)	Frecuentemente (2 1/2-5 1/2 horas)	Continuamente (5 1/2-8 horas)
A. Doblarse/inclinarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Escalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Estirarse más arriba del nivel del hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Arrodillarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Balancearse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Ingresar datos/teclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Ponerse en cuclillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Gatear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Levantar peso Usual _____ lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máximo _____ lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Cargar peso Usual _____ lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máximo _____ lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Empujar/jalar peso Usual _____ lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máximo _____ lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. En el trabajo, el reclamante utiliza el movimiento repetitivo de los pies, como por ejemplo la operación de maquinaria que requiera el control con los pies.

Derecho:  Sí  No                      Izquierdo:  Sí  No                      Ambos:  Sí  No

4. En el trabajo, el reclamante utiliza el movimiento repetitivo de las manos, tal como:

Apretar ligeramente                      Apretar con fuerza                      Manipulación minuciosa

A. Derecha:                                            

B. Izquierda:                                            

5. ¿El trabajo requiere:

A. Trabajar en lugares altos sin barreras?  Sí  No

B. Exponerse a cambios extremos o severos de temperatura y humedad?  Sí  No

C. Exponerse al polvo, vapores, gases, sustancias químicas?  Sí  No

**Estrés/Aspectos No-Físicos**

1. Porcentaje de tiempo que el reclamante dedica a contestar las quejas de los clientes. \_\_\_\_\_%
2. Porcentaje de trabajo del reclamante que es evaluado primordialmente por su rendimiento. \_\_\_\_\_%
3. ¿Depende este reclamante de la asistencia de otras personas para desempeñar sus obligaciones diarias?  
 Sí  No \_\_\_\_\_% de tiempo
4. ¿Cuántos empleados supervisan a este reclamante? \_\_\_\_\_
5. ¿Está este reclamante sujeto a la supervisión de cerca rutinariamente?  Sí  No
6. Porcentaje de tiempo que el reclamante dedica a trabajar con sus compañeros de trabajo. \_\_\_\_\_%
7. Porcentaje de tiempo que el reclamante dedica a: \_\_\_\_\_% en actividades pre-programadas  
 \_\_\_\_\_% en actividades elegidas al azar
8. Porcentaje de tiempo que el reclamante dedica a cumplir con fechas límite o fijadas por otras personas. \_\_\_\_\_%
9. Porcentaje de responsabilidad que el reclamante tiene para el desempeño de su propio departamento. \_\_\_\_\_%

**NO SEPARAR**

ENGRAPAR AQUÍ SU PROPIA DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

**Declaración del Reclamante — Parte 1***(Favor de escribir con letra de molde o mecanografiar.)***Llene la Parte 1, Parte 2 y las Autorizaciones de las págs. 8 y 9.****Sección 1** — Agregue hojas adicionales si fuera necesario

1. Nombre completo (tal como aparece en su tarjeta de Seguro Social.)	2. Núm. Seg. Soc.	3. Fecha de nac.	4. Teléfono particular
5. Domicilio (núm. y calle, ciudad, estado, código postal)	6. Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		7. Correo electrónico
8. Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	9. Su puesto		10. Teléfono celular
11. Nombres y fechas de nacimiento del cónyuge y todos los hijos dependientes menores de los 18 años de edad.			

**Sección II**

1. Describa la índole de la enfermedad y cuándo fue la primera vez que se manifestaron los síntomas o describa cómo y dónde ocurrió el accidente.  Si fue un accidente automovilístico, ¿en qué estado ocurrió el accidente? _____	2. Fecha en que no pudo trabajar por primera vez debido a esta incapacidad.
3. ¿Ha regresado a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "sí", en qué fecha: _____ Tiempo parcial _____ Tiempo completo Si no ha regresado a trabajar, ¿en qué fecha pronostica regresar a trabajar? _____ Tiempo parcial _____ Tiempo completo	
4. Por favor, proporcione los nombres y domicilios de todos los médicos que hayan sido consultados por concepto de esta condición. Por favor, incluya las fechas de las consultas. Nombre Domicilio (ciudad, estado) Teléfono Primera consulta Última consulta	
5. Si usted ha sido hospitalizado por concepto de esta incapacidad, por favor, proporcione el nombre y domicilio del hospital y las fechas de hospitalización. Nombre del hospital Domicilio Desde Hasta	
6. Por favor, proporcione el nombre, domicilio y teléfono de su farmacia.	

**Sección III**

1. Marque la casilla correspondiente si está recibiendo o tiene derecho a recibir beneficios de alguna de las siguientes fuentes: <input type="checkbox"/> Salario, Ingresos o Comisiones <input type="checkbox"/> Plan de Jubilación o Pensión <input type="checkbox"/> Ley de Jubilaciones Ferroviarias <input type="checkbox"/> Compensación Estatal por Incapacidad <input type="checkbox"/> Compensación por Incapacidad del Seguro Social <input type="checkbox"/> Guardia Nacional/Reserva Militar <input type="checkbox"/> Compensación para Trabajadores <input type="checkbox"/> Jubilación bajo el Seguro Social <input type="checkbox"/> Otras fuentes Por cada fuente previamente marcada, proporcione la siguiente información:				
Fuente	Cantidad de ingreso		Fecha de Presentación de la Solicitud	Fecha de Efectividad del Beneficio
	Cantidad	Frecuencia		

**Proporcione documentación de cualquier fuente previamente indicada; por ejemplo, notificaciones de otorgamiento, notificaciones de denegación o solicitudes.**

2. ¿Cuenta usted con un seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Núm. de póliza, nombre, domicilio y teléfono del administrador del plan médico.  Por favor, indique el tipo de cobertura suministrada <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Otra (Especifique.) _____
--

**NO SEPARAR**



Autorizo a cualquier proveedor de servicios médicos, compañía de seguros, agencia de reportes de crédito, la Administración del Seguro Social, agencia gubernamental, instituto escolar, agencia del orden público, o empleador que cuente con información médica referente a cualquier condición física o mental, rehabilitación y otra información no-médica pertinente a mi persona, a entregar a Union Security Insurance Company o a su representante, toda la precitada información. Entiendo que Union Security Insurance Company podrá dialogar sobre mis limitaciones/restricciones con los médicos encargados del tratamiento y los empleadores actuales y prospectivos involucrados en la implementación de las modificaciones y el posible regreso al trabajo. **ENTIENDO** que la información obtenida por concepto de esta Autorización será utilizada por Union Security Insurance Company para determinar si califico para los beneficios. Entiendo que una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original. Acepto y reconozco que esta autorización será válida durante la tramitación de la reclamación. Esta autorización no está reglamentada por la Ley de Transferibilidad y Contabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA por sus siglas en inglés). No obstante, si fuera necesario, se me podría requerir llenar un formulario de autorización de la HIPAA permitiendo a Union Security Insurance Company a utilizar y divulgar información protegida de carácter médico.

Si recibiera un beneficio por incapacidad que excediera del que se me debería haber pagado, entiendo que esta compañía de seguros cuenta con el derecho de recuperar dicho pago excedente de mi persona, incluso los derechos para reducir o ajustar beneficios futuros, si hubiera alguno.

Firma del reclamante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**HIPAA – Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida**

Nombre del Asegurado/Miembro \_\_\_\_\_ Núm. Seg. Soc. \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Núm. de póliza \_\_\_\_\_ Núm. de participación \_\_\_\_\_ Núm. de cuenta \_\_\_\_\_ Núm. de certificado \_\_\_\_\_

**Personas/entidades que divulgarán la información:** Cualquier proveedor de servicios médicos, compañía de seguros, farmacia, gerente de beneficios farmacéuticos, cualquier entidad de servicios farmacéuticos, la Administración del Seguro Social, agencia gubernamental, proveedor de orientación vocacional o empleador que cuente con información de carácter médico correspondiente a cualquier condición física o mental referente a mi persona.

**Personas/entidades que recibirán información:** Union Security Insurance Company o Union Security Life Insurance Company of New York (“Compañías”).

Por medio de la presente, autorizo el uso o divulgación de información protegida de carácter médico referente a mi persona detallada a continuación:

**Información que será divulgada:** Toda información que sea necesaria para permitir que las Compañías o sus representantes puedan determinar si califico para los beneficios y para tramitar mi reclamación. Dicha información podrá incluir, sin limitación alguna: todos y cada uno de los expedientes médicos o dentales relacionados con mi estado de salud física y/o mental, ya sea por concepto de tratamiento, evaluaciones, expedientes de farmacias y pruebas de fuerza o funcionamiento.

**El único propósito de esta divulgación será para la adjudicación de mi reclamación por concepto de los beneficios derivados de la precitada Póliza.**

Reconozco y acepto que:

- Tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización. No obstante, si me rehusara a firmarla, entiendo que las Compañías no podrán recopilar la información necesaria para determinar si califico para la cobertura o los beneficios provenientes de cualquier póliza de seguro emitida por las Compañías. Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización será tan válida como la original. Si lo solicitara, yo podré recibir una copia de esta autorización.
- Esta autorización es otorgada voluntariamente. Podré revocarla en cualquier momento comunicándome por escrito con Assurant Employee Benefits, Oficina de Privacidad, PO Box 419052, Kansas City, MO 64141-6052. Dicha revocación no afectará ninguna de las acciones tomadas por las precitadas Compañías antes de acusar de recibido la revocación.
- La ley federal requiere que nosotros le comuniquemos que la información recopilada, bajo ciertas circunstancias, podría ser redivulgada por nosotros a terceros. En tal caso, la información no será protegida bajo la ley federal. Para Oklahoma solamente — Se nos requiere comunicarle que **la información autorizada para su divulgación podría incluir información que indique la presencia de enfermedades contagiosas o no-contagiosas.**
- Entiendo que cualquier información recopilada por concepto de esta autorización podrá ser utilizada y divulgada bajo los planes protegidos y no protegidos por la HIPAA.
- Esta autorización surtirá efectos a partir de la fecha en que haya sido firmada a continuación y expirará hasta que concluya la tramitación de mi reclamación.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO/MIEMBRO O REPRESENTANTE LEGAL PERSONAL\_\_\_\_\_  
FECHA\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL PERSONAL (CON LETRA DE MOLDE)\_\_\_\_\_  
VÍNCULO CON EL ASEGURADO/MIEMBRO***USTED PODRÁ REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN***

Por favor, envíe su Autorización por correo o por fax al domicilio apropiado que se indica a continuación:

**Assurant Employee Benefits** PO Box 40918 Indianapolis Indiana 46240-0918 • F 317.205.2201

**Assurant Employee Benefits** PO Box 390844 Minneapolis Minnesota 55439-0844 • F 952.920.4577

**Assurant Employee Benefits** (Oficina Matriz) PO Box 419568 Kansas City Missouri 64141-6568 • F 816.881-8768

# Declaración Inicial del Médico Interviniente por Concepto de Incapacidad



El paciente tendrá que pagar cualquier costo relacionado con el llenado de este formulario.

## Al Médico Interviniente

Favor de leer las siguientes instrucciones antes de llenar este formulario.

**No separe las páginas de esta declaración referente a la reclamación.**

Las autorizaciones para la divulgación de información aparecen en las páginas 8 y 9.

Favor de escribir legiblemente con letra de molde o mecanografiar. Llene en su totalidad cada sección de este formulario que aplique. Revise las secciones anexadas pertinentes a la Descripción de Funciones Laborales así como a la Capacitación, Educación y Experiencia antes de llenar la última página de este formulario. La Descripción de Funciones Laborales es la Parte 2 de la Declaración del Empleador Referente a la Reclamación. La sección de Capacitación, Educación y Experiencia es la Parte 2 de la Declaración del Reclamante.

Firme y anote la fecha en este formulario después de llenarlo. También escriba legiblemente su nombre, domicilio y teléfono con letra de molde o mecanografiado en los espacios proporcionados. Si fuera aplicable, incluya su número de fax.

Después de haber llenado este formulario, entréguele la declaración de la reclamación completa al reclamante.

Nombre del paciente	Fecha de nac.	Núm. Seg. Soc.
Antecedentes Médicos	<p>Los síntomas del paciente son atribuibles a (<i>Marque todo lo que aplique.</i>): <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente  <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Embarazo</p> <p>Si es un embarazo, (<i>fecha pronosticada para el parto/fecha exacta del parto</i>) _____ Tipo de parto _____  Fecha en que los primeros síntomas se presentaron _____ Estatura del paciente _____ Peso _____  Nombres y domicilios, especialidades del médico o los médicos que suministraron tratamiento o los que refirieron al paciente _____</p> <p>Primera consulta por concepto de esta condición _____ La consulta más reciente _____  El examen completo más reciente _____  Nombre del hospital _____ Fechas de hospitalización _____ hasta _____</p>	
	<p>Diagnósticos con los códigos ICD9-CM: Indique, en orden descendente de gravedad (incluso cualquier complicación). Por favor, proceda a la sección de evaluación correspondiente y describa detalladamente.</p> <p>ICD9 _____</p> <p>Síntomas subjetivos _____</p> <p>Hallazgos objetivos _____</p> <p><b>Anexe los expedientes médicos que comprueben los precitados diagnósticos. (Incluya los resultados/copias de las radiografías, análisis de laboratorio, EKGs, MRIs y escaneados.)</b></p>	
Evaluación Funcional	<p>Durante el transcurso de 8 horas en un día:</p> <p><input type="checkbox"/> Clase 1—Ninguna limitación; capacidad de desempeñar trabajo pesado*—levantar 50-100 libras de peso ocasionalmente y/o 25-50 libras de peso frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> Clase 2—Actividad mediana*—levantar 20-50 libras de peso ocasionalmente y/o 10-25 libras de peso frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> Clase 3—Limitación leve; capacidad de desempeñar trabajo liviano* —levantar 20 libras de peso ocasionalmente y/o hasta 10 libras de peso frecuentemente.</p> <p><input type="checkbox"/> Clase 4—Limitación moderada; capacidad para trabajo sedentario*, trabajo de oficina o administrativo—levantar 10 libras de peso ocasionalmente, sentado la mayor parte del tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> Clase 5—Limitación severa; Incapaz de desempeñar las actividades mínimas de trabajo ni trabajo sedentario*.  <input type="checkbox"/> Confinado a una cama <input type="checkbox"/> Recluido en casa</p> <p><small>* Tal como se define en el diccionario U.S. Department of Labor's Federal Dictionary of Occupational Titles.</small></p>	
	<p>Por favor, describa detalladamente las habilidades del paciente: <small>*Con permiso para cambiar de posición.</small></p> <p><b>N=Nunca O=Ocasionalmente (1/4 – 21/2 horas) F=Frecuentemente (2 1/2-5 1/2 horas) C=Continuamente (5 1/2-8 horas)</b></p> <p>De pie* _____ Sentado* _____ Caminando* _____ Conduciendo* _____ Doblándose* _____ Ingresando datos* _____  Levantar no más de _____ libras _____ (¿con qué frecuencia?) Cargar no más de _____ libras _____ (¿con qué frecuencia?)</p> <p>¿Cuándo comenzaron estas habilidades? _____  ¿Proyecta un aumento en la capacidad funcional de su paciente? _____ En tal caso, ¿en qué fecha? _____</p>	

**NO SEPARAR**

