

**RECLAMACIÓN BENEFICIO DE INDEMNIZACION POR HOSPITALIZACION
EN CASO SEGURO POR INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL (DIETAS)**

Complete este formulario en su totalidad para evitar demoras en el trámite de esta reclamación.

INSTRUCCIONES

- () Complete y firme la PARTE I: INFORMACION DEL SOCIO
- () Solicite a su patrono que complete y firme la PARTE II: PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO.
- () Solicite a su médico que complete y firme la PARTE III: INFORME DEL MEDICO
- () Entregar en las oficinas del PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA

PARTE I: INFORMACION DEL SOCIO

NOMBRE DEL SOCIO _____ NÚM. SEGURO SOCIAL _____
(letra de molde)

FECHA DE NACIMIENTO _____ TELÉFONO _____ CELULAR _____
(día-mes-año)

DIRECCIÓN POSTAL _____

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

1. ¿CUÁL FUE LA ÚLTIMA FECHA QUE TRABAJÓ? _____
día-mes-año

2. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU INCAPACIDAD? _____
día-mes-año

3. ¿SU INCAPACIDAD ESTÁ RELACIONADA AL TRABAJO? ____ SI ____ NO

4. ¿SE DEBE ESTA CONDICIÓN A UN ACCIDENTE DE AUTO? ____ SI ____ NO

5. DESCRIBA QUÉ ASPECTO DE SU CONDICIÓN LE IMPIDE TRABAJAR.

6. ¿CUÁNDO REGRESÓ A TRABAJAR? (si aplica) _____

FIRMA DEL RECLAMANTE _____ FECHA _____

AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN

POR ESTE MEDIO AUTORIZO A CUALQUIER MÉDICO CON LICENCIA PARA EJERCER SU PROFESIÓN, HOSPITAL, CLÍNICA U OTRA FACILIDAD MÉDICA, COMPAÑÍA DE SEGURO, U OTRA ORGANIZACIÓN, INSTITUCIÓN O PERSONAS QUE TUVIERAN ALGÚN RÉCORD DE MI CONDICIÓN DE SALUD, A ENTREGAR LA INFORMACIÓN AL PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA.

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN ESTA SOLICITUD DE SEGURO O QUE PRESENTARE, AYUDARE A PRESENTAR UNA SOLICITUD FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE ESTE BENEFICIO, INCURRIRÁ EN DELITO GRAVE QUE PUEDE CONLLEVAR SER PROCESADO POR LEY O RECLUSIÓN.

FECHA _____

FIRMA _____

PARTE II: PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO

NOMBRE DEL EMPLEADO _____ SEGURO SOCIAL _____

NÚM. EMPLEADO _____ OCUPACIÓN _____ ÚLTIMO DÍA QUE TRABAJÓ _____
(día-mes-año)

NOMBRE DEL PATRONO _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN POSTAL _____

¿SE DEBIO LA INCAPACIDAD A UN INCIDENTE MIENTRAS REALIZABA TAREAS DE TRABAJO? ___ SI ___ NO

¿EL EMPLEADO A REGRESADO A TRABAJAR? ___ SI ___ NO. Si respondió si indique la fecha _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO _____ TÍTULO _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO _____

PARTE III: INFORME DEL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

DIAGNÓSTICO (DX) _____

CÓDIGO ICD 10 _____

¿CUÁNDO PRESENTO SINTOMAS POR PRIMERA VEZ SOBRE ESTA ENFERMEDAD O LESIÓN? ____/____/____
día-mes-año

PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE LE CONSULTO SOBRE ESTA CONDICION: ____/____/____
día-mes-año

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN (si alguna) ____/____/____ NOMBRE DEL HOSPITAL _____
día-mes-año

¿TIEMPO ESTARÁ INCAPACITADO PARA TRABAJAR? Desde ____/____/____ hasta ____/____/____
día-mes-año día-mes-año

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ESTÁ BASADA EN UNA PROBABILIDAD MÉDICA RAZONABLE Y QUE ES VERDADERA Y CORRECTA A MI MEJOR ENTENDER.

FECHA _____ ESPECIALIDAD _____

NOMBRE DEL MÉDICO _____ FIRMA DEL MÉDICO _____

DIRECCIÓN DE LA OFICINA: _____

TELÉFONO _____ NÚM. DE LICENCIA _____

PARA SER COMPLETADO POR EL ÁREA DE SERVICIOS AUXILIARES

HORAS TRABAJADAS _____ AÑO FONDO _____ FECHA _____

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DEL DIRECTOR EJECUTIVO

FIRMA _____ TÍTULO _____ FECHA _____

PARA SER COMPLETADO POR EL ÁREA DE SERVICIOS FINANCIEROS

CLASE 1 _____ CLASE 2 _____ CLASE 3 _____

CANTIDAD A PAGAR _____

FIRMA _____ FECHA _____