

RECLAMACIÓN DEL SEGURO POR INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL (DIETAS)

PARA SER COMPLETADO POR EL RECLAMANTE

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) _____
7. DURANTE LA(S) SEMANA(S) QUE RECLAMA RECIBIÓ BENEFICIOS BAJO:
A. DESEMPLEO _____ SI _____ NO E. OTROS (especifique) _____
B. SEGURO SOCIAL PARA CHOFERES _____ SI _____ NO _____
C. FEDERAL EMPLOYER LIABILITY ACT _____ SI _____ NO
D. DÍAS POR ENFERMEDAD _____ SI _____ NO
SI ESTÁ RECIBIENDO CUALQUIERA DE ESTOS BENEFICIOS INDIQUE LA FECHA Y LA CANTIDAD SEMANAL.

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 FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE ESTE BENEFICIO, INCURRIRÁ EN DELITO GRAVE QUE PUEDE CONLLEVAR SER PROCESADO POR LEY O RECLUSIÓN.

FECHA _____

FIRMA _____

PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO

NOMBRE DEL EMPLEADO _____ SEGURO SOCIAL _____
NÚM. EMPLEADO _____ OCUPACIÓN _____ ÚLTIMO DÍA QUE TRABAJÓ _____
NOMBRE DEL PATRONO _____ TELÉFONO _____
DIRECCIÓN POSTAL _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES CORRECTA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO _____ TÍTULO _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO _____

INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

DIAGNÓSTICO (DX) _____

CÓDIGO ICD 10 _____

¿CUÁNDO AUSCULTÓ EL PACIENTE POR PRIMERA VEZ SOBRE ESTA ENFERMEDAD O LESIÓN?

MENCIONE LA FECHA DE HOSPITALIZACIÓN (si alguna) _____ NOMBRE DEL HOSPITAL _____

¿POR CUÁNTO 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 _____

SERVICIOS MEDICOS PLAN DE BIENESTAR UTM-PRSSA

FECHA: _____ DIETA POR ENFERMEDAD: _____ DIETA POR ACCIDENTE: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA DEL MÉDICO: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL ÁREA DE SERVICIOS AUXILIARES

FECHA _____ AÑO FONDO _____ HORAS TRABAJADAS _____ FIRMA _____

PARA SER COMPLETADO POR EL AREA DE SERVICIOS FINANCIEROS

CLASE 1 _____ CLASE 2 _____ CLASE 3 _____ CANTIDAD:\$ _____ FIRMA _____

PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DEL DIRECTOR EJECUTIVO

FIRMA _____ TÍTULO _____ FECHA _____

