



National Life Insurance Company

PO Box 9023708, San Juan PR 00902-3708 • 470 Ave. Ponce de León, San Juan PR 00918
Tel. 787.756-8820-ext. 2165, 2173, 2179-(787). 758-8080 • Faxes: (787) 281-0308/(787) 756-8841
e-mail: claims.service@nationalgrouppr.com • www.nalicpr.com

bajado del sitio Web: www.jagcopr.com

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

Conteste todas las preguntas en letra de molde

DOCUMENTOS REQUERIDOS – FSE – Forma 1021, **No ocupacional** – Notas de Progreso (“Progress Notes”) del médico que certifica incapacidad para trabajar. **Es importante completar Certificación Patronal y formulario en todas sus partes.**

PARTE A

DECLARACION DEL EMPLEADO

1. Primer Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno		2. Seguro Social		3. Sexo		4. Número de Póliza	
5. Dirección Postal: (Urbanización, Número, Calle, Ciudad o Pueblo, Código Postal)						6. ¿Es usted jefe de familia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		7. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Soltero (a)			
8. Fecha de Nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____			9. Ocupación			10. ¿Está o estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
11. Si contesta “SI”, indique nombre y dirección del hospital				12. Hospitalización Desde		Mes _____		Día _____		Año _____	
				13. Hospitalización Hasta		Mes _____		Día _____		Año _____	
14. Último día trabajado anterior a esta incapacidad:			Mes _____	Día _____	Año _____	15. Primer día en que estuvo incapacitado para trabajar (aunque sea sábado, domingo o día feriado)			Mes _____	Día _____	Año _____
16. a) Nombre y Dirección exacta del médico que lo atiende actualmente:						17. Describa brevemente su enfermedad o lesiones. Si la incapacidad se debe a accidente, especifique cuándo, dónde y cómo ocurrió.					
b) Nombre y Dirección de cualquier otro médico que lo haya atendido en los últimos dos años:											
19. ¿Recibe usted o ha recibido alguna pensión por incapacidad, desempleo o retiro público o privado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contesta “SI”, indique:											
Nombre del patrono _____						Fecha desde que lo recibe _____ hasta _____					
Entidad que paga el beneficio: _____						Cantidad mensual \$ _____					
20. Historial de Trabajo (Indique patronos para quienes trabajó en los últimos 12 meses)											
Nombre del Patrono		Dirección del Patrono				Duración de empleo					
a) Patrono Actual						Desde		Hasta			
b) Otro Patrono											

*** AVISO ANTIFRAUDE ***

“Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentarse más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (10,000.00) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Certifico que estoy incapacitado para trabajar en forma total, que no trabajo y que toda la información suministrada por mí, en este formulario es cierta. Conozco que la ley impone penalidades severas, como multa, cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa con propósito de obtener beneficios del seguro. Autorizo a todos los médicos, hospitales y otras instituciones que me atendieron, que suministren a NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY o INSURANCE ADJUSTERS & APPRAISERS, INC. cualquier información pertinente a esta solicitud de beneficios de incapacidad. Autorizo a mi patrono entregar a NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY o a INSURANCE ADJUSTERS & APPRAISERS, INC. información sobre licencias, certificados médicos o documentos necesarios para determinar beneficios.

Fecha		Firma		Teléfono	
Firma del testigo de la marca (en caso de que el reclamante firme con una X)			Dirección		

INTRUCCIONES AL EMPLEADO-RECLAMANTE

- Conteste total y claramente todas las preguntas que aparecen en la DECLARACIÓN DEL EMPLEADO (PARTE A).
- Lleve a su médico la solicitud para que llene la parte que le corresponde al dorso de este formulario (PARTE B).

PARTE B

CERTIFICADO MEDICO

Para Reclamación de Beneficios por Incapacidad
 agradeceremos conteste las preguntas en letra de molde.

1. Nombre del paciente		2. Edad	
3. Naturaleza de la enfermedad o lesión (describa complicaciones, si alguna y códigos de diagnóstico ICO-9 aplicables).			
4. Fecha en que aparecieron los primeros síntomas u ocurrió el accidente.		5. Naturaleza del procedimiento quirúrgico, si alguno (describa en detalle)	
6. Si el paciente estuvo hospitalizado, nombre el hospital.		5 (a) Fecha en que se realizó procedimiento o tratamiento.	
7. Suministre fechas de tratamientos incluyendo fecha de primera consulta.		8. El paciente ha estado continuamente incapacitado (sin poder trabajar) desde el: Día _____ Mes _____ Año _____.	
Oficina _____			
Casa _____			
Hospital _____			
9. a) ¿Considera usted la incapacidad del paciente de carácter total, que le impedirá trabajar en cualquier tipo de ocupación remunerada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
b) Fecha en que el paciente se incapacitó de esta forma. _____.			
c) ¿Considera usted la incapacidad de carácter total pero <u>no</u> permanente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Por favor explique. Si contesta "SI", indique fecha aproximada en que el paciente podrá volver a trabajar. _____			
Día _____ Mes _____ Año _____.			
d) ¿Considera usted la incapacidad de tipo parcial? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si contesta "SI", explique _____			
10. Certificación y Firma Certifico que la información arriba indicada en mi opinión realmente describe la incapacidad del reclamante y la duración aproximada de la misma.			
11. Nombre Impreso y Dirección del Médico		12. Firma del Médico	
13. Teléfono		14. Fecha	15. Número de Licencia

Cualquier persona, incluyendo agente de seguros, corredor o solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o un patrono, que hiciere, ayudare o participare en hacer una falsa representación de hechos o someter información incompleta, sabiendo que la información no es cierta, para insertar en una solicitud de seguro o en un informe o declaración (reclamación) en relación con dicho seguro, se podría considerar que ha cometido fraude para efectos del Código de Seguros. Ver Artículo 27.190 del Código de Seguros.

PARTE C

CERTIFICACIÓN DEL PATRONO

1. Nombre del Trabajador			2. Núm. De Seguro Social			3. Fecha de empleo			4. Salario Regular Semanal		
5. Ultimo día trabajado por el reclamante			Mes			Día			Año		
			6. ¿Ha regresado a trabajar? En caso afirmativo indique:			Mes			Día		
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
7. ¿Está la incapacidad relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿Llenó el informe de Accidente del Trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			En caso afirmativo indique: Núm. del Caso			Fecha : Mes _____ Día _____ Año _____.		
8. ¿Hizo o hará algún pago al reclamante por el período de incapacidad que nos reclama? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Cantidad Total Pagada (Bruta)			Total Días Pagados _____			Fecha en que efectuó o efectuará el Pago		
Vacaciones Regulares <input type="checkbox"/>			\$			PERIODO DISFRUTADO DESDE MES _____ DIA _____ AÑO _____ HASTA MES _____ DIA _____ AÑO _____			MES _____ DIA _____ AÑO _____		
Licencia por Enfermedad <input type="checkbox"/>			\$								

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Conozco que la Ley impone penalidades severas, como multa o cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa relacionada con una reclamación de beneficios por incapacidad

Nombre y Dirección		Firma del patrono u oficial autorizado		Titulo		Fecha	
						Teléfono	