

SOLICITUD PARA CONTINUAR PAGO DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

Debe estar seguro de leer y completar esta forma según se instruye para evitar pérdida o suspensión de beneficios.

Reclamación Núm. _____ Fecha de envío _____

*****AVISO*****

“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.

1. Si usted continúa incapacitado, se recuperó y/o regresó a su trabajo durante el Periodo de Reclamación, cumplimente y envíe esta solicitud inmediatamente e indique la fecha en que se recuperó o regresó al trabajo. _____ Día Mes Año		
2. ¿Continúa usted incapacitado para trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3. Durante la semana que reclama recibió beneficios bajo:	SI	NO
a) Ley de Seguridad de Empleo de Puerto Rico o Ley de Seguro por Desempleo de cualquier estado de los Estados Unidos.		
b) Seguro Social para Chóferes		
c) Ley de Compensación por Accidentes del Trabajo.		
d) Ley de Seguro Social de Estados Unidos (Beneficio por Incapacidad)		
e) Ley de Protección Social por Accidentes de Automóviles.		
f) Cualquier ley de responsabilidad patronal o cualquier otra ley de beneficios por incapacidad o beneficio por enfermedad. Si contesta afirmativamente, indique bajo cuál ley.		
4. Si está recibiendo cualquiera de estos beneficios indique: Fecha desde que lo recibe _____ Cantidad semanal _____		
5. ¿Trabajó durante alguno de los días de la semana que reclama? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique los días _____		
6. ¿Recibió paga de su patrono por vacaciones o licencia por enfermedad durante el periodo que nos reclama. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad Semanal \$ _____ Salario Semanal Regular \$ _____		
7. ¿Recibió alguna pensión o retiro público o privado al cual ha aportado su último patrono o cualquier patrono durante los últimos 18 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad Semanal \$ _____		
Certifico que estuve incapacitado para trabajar durante el periodo por el cual reclamo beneficios y que toda la información suministrada es cierta. Conozco que la ley impone penalidades por ofrecer información falsa para obtener beneficios.		
Nombre en letra de molde	Firma del Reclamante	
Dirección	Fecha	

IMPORTANTE: Ver al Dorsó

PO Box 366107, San Juan PR 00936-6107 * 510 Ave. Muñoz Rivera, San Juan PR 00918
Tel: (787) 758-8080 * Fax: Reclamaciones (787) 281-0308
www.nalicpr.com * e-mail: claims@nalicpr.com

INFORME MEDICO
PARA CONTINUAR SU RECLAMACIÓN ES NECESARIO QUE SU MEDICO LLENE ESTE INFORME

1. Nombre: _____	2. Seguro Social _____
3. Paciente ha estado incapacitado y bajo tratamiento: Desde: Día _____ Mes _____ Año _____ Hasta: Día _____ Mes _____ Año _____	
4. Naturaleza y causa de esta incapacidad (Diagnóstico Médico): _____	
5. ¿Está la incapacidad del reclamante relacionada con su embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del parto _____	
6. ¿Está el paciente en condiciones de trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. Fecha en que se recuperó o fecha aproximada de recuperación. Día _____ Mes _____ Año _____	
8. ¿Está la incapacidad del reclamante relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Si esta incapacidad se ha prolongado más de lo debido, indique la razón. _____	
NOMBRE IMPRESO Y DIRECCIÓN DEL MEDICO _____	FIRMA DEL MEDICO _____
NUMERO DE LICENCIA _____	TELEFONO _____
FECHA _____	

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).

DECLARACIÓN DEL PATRONO

1. ¿Está correcta toda la información dada por el reclamante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____	
2. ¿Ha regresado el reclamante a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha _____	
3. El reclamante ha estado ausente en su trabajo por enfermedad desde _____ Día Mes Año	
4. Indique la cantidad total pagada por usted a este empleado durante su incapacidad y que AUN NO haya informado a nuestra Compañía <input type="checkbox"/> Núm. Días por enfermedad pagados _____ + días feriados pagados _____ = Total de días _____ Periodos cubiertos: Desde: _____ Hasta _____ Cantidad Bruta Pagada \$ _____ Día, Mes, Año Día, Mes, Año	
<input type="checkbox"/> Núm. Días por vacaciones pagadas _____ + días feriados pagados _____ = Total de días _____ Periodos cubiertos: Desde: _____ Hasta _____ Cantidad Bruta Pagada \$ _____ Día, Mes, Año Día, Mes, Año	
LICENCIA POR MATERNIDAD	
<input type="checkbox"/> Núm. Días pagados _____ + días feriados pagados _____ = Total de días _____ Periodos cubiertos: Desde: _____ Hasta _____ Cantidad Bruta Pagada \$ _____ Día, Mes, Año Día, Mes, Año	
Nombre del Patrono _____	Firma autorizada y nombre en letra de molde _____
Teléfono: _____	Fecha: _____