

UFCW Health & Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania

FORMULARIO DE RECLAMO POR INCAPACIDAD PARA EL EMPLEADO

El empleado debe completar, firmar y enviar este formulario a la Oficina del Fondo. La notificación de su reclamo debe presentarse dentro de los 7 días posteriores al inicio de la incapacidad o dentro de los 7 días siguientes al alta hospitalaria. Asegúrese de que su empleador haya enviado el Formulario de Reclamo por Incapacidad para el Empleador a la Oficina del Fondo.

Información recibida (Esta sección es para uso exclusivo de la Oficina del Fondo)

Fecha del aviso:	Aviso recibido vía: <input type="checkbox"/> Llamada/Mensaje de voz <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax	
Nombre de quien llama:	Relación:	Número de teléfono:

Información de contacto

Nombre completo:			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	C.P.:
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:		
Número de teléfono particular:	Número de móvil:	Número de fax:	
Dirección de correo electrónico:			

Información del trabajo

Cargo:	Instalación/Ubicación:	
Nombre del empleador:	Persona de contacto:	Número de teléfono:
Descripción de las funciones del puesto:		

Información de la incapacidad

Por: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo	¿Se relaciona con un reclamo por incapacidad previa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si se relaciona con un reclamo por incapacidad previa, brinde lo detalles de la incapacidad previa:		
Información sobre embarazo (si corresponde)	Fecha probable de parto:	
	Si hubo complicaciones en el embarazo, fecha en que comenzaron:	
Información del accidente y la enfermedad (si corresponde)	Fecha del accidente/enfermedad:	
	Descripción del accidente/enfermedad, incluyendo cómo y dónde ocurrió:	
	¿Cree que su accidente/enfermedad es causado/a por o principalmente relacionado/a con su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Si responde sí, por favor, explique:	
Información específica del accidente (si corresponde) Ej. Reclamo por compensación laboral/accidente automovilístico	¿Accidente en vehículo automotor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de reclamo:
	¿Accidente laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Ha presentado un reclamo por compensación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de reclamo:
	¿Cree que hay otras partes responsables por su accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Por favor, explique:	
	Nombre del abogado:	Número de teléfono del abogado:

This form was downloaded from the www.uncw1776benefitfunds.org website.

UFCW Health & Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania

Otra compensación

¿Ha trabajado por salario o ganancias desde la fecha de inicio de su discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe beneficios por pérdida de salario de otra fuente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si responde sí, por favor, indique la fuente:

Otra compensación para los residentes de Nueva York

Si trabaja en el estado de Nueva York, ¿los beneficios o servicios hospitalarios, quirúrgicos o médicos proporcionados por otro empleador, sindicato, estudiante, asociación, grupo o programa gubernamental son aplicables a este reclamo? (Si la respuesta es sí, por favor proporcione los detalles a continuación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del titular de la póliza:	Número de póliza:	Domicilio del titular de la póliza:
Nombre de la aseguradora:	Domicilio de la aseguradora:	

Información del médico/hospital

Nombre del médico tratante:			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	C.P.:
Número de teléfono:	Número de fax:		
Fecha en que fue atendido por primera vez:	Fecha de la próxima cita programada:		
Fechas de citas adicionales:	¿Su médico tratante lo derivó a otro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información de la derivación (si corresponde)	Nombre del médico remitente:		
	Domicilio:		
	Motivo de la derivación:		
Información del hospital (si corresponde)	Nombre del hospital:		
	Domicilio:		
	Fecha de admisión:	Fecha del alta:	
Otras notas:			

Certificación

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar al Fondo y/o a otras partes, presente una declaración o reclamo que contenga información materialmente falsa, o que oculte información con el propósito de engañar al Fondo y/o a otras partes respecto de cualquier hecho relevante para este reclamo, comete un acto de fraude de seguros, lo cual constituye un delito. He leído lo anterior y verifico que la información contenida en este informe es verdadera y exacta.

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización

Por la presente, autorizo a cualquier médico, hospital, farmacia, empleador, organización o compañía de seguros, incluyendo cualquier aseguradora de compensación laboral o aseguradora de vehículos de motor bajo la cual pueda recibir algún pago en relación con las lesiones por las cuales estoy reclamando beneficios por discapacidad del Fondo de Salud y Bienestar UFCW del Noreste de Pensilvania (en adelante, "el Fondo"), a revelar al Fondo toda la información relacionada con cualquier lesión o enfermedad, incluyendo enfermedades mentales, abuso de drogas/alcohol, información relacionada con VIH, SIDA o enfermedades relacionadas con SIDA, en la medida permitida por la ley, así como historial médico, consultas, prescripciones, tratamientos o beneficios y copias de todos los registros aplicables que puedan ser solicitados con el propósito de procesar un reclamo de beneficios. El Fondo también está autorizado a divulgar dicha información a cualquier médico o servicio, incluyendo gestión de casos, con el fin de evaluar un reclamo de beneficios.

Firma: _____ Fecha: _____