
Declaración de reclamación por discapacidad a corto plazo



Para su protección, la legislación estatal exige las siguientes divulgaciones, las cuales se basan en el estado en que usted reside:

Si usted vive en los estados de Alaska u Oregon, la siguiente declaración es válida para usted:

Una persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podría ser procesada conforme a la legislación estatal.

Si usted vive en los estados de Arizona o New Jersey, la siguiente declaración es válida para usted:

Una persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener retribución por una pérdida, será objeto de sanciones penales y civiles.

Si usted vive en los estados de Arkansas, Louisiana, Maryland o Rhode Island, la siguiente declaración es válida para usted: Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas y reclusión en prisión.

Si usted vive en el estado de California, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener retribución por una pérdida será culpable de un delito y podría ser objeto de multas y reclusión en una prisión estatal.

Si usted vive en el estado de Colorado, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha compañía es considerado un acto ilícito, si dicha información o datos fueron proporcionados deliberadamente. Las sanciones podrían abarcar la reclusión en una prisión, la aplicación de multas, la denegación del seguro y la aplicación de sanciones por daños y perjuicios. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, deliberadamente, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en torno a alguna liquidación o pago de los réditos provenientes de un seguro, será reportado a Colorado Division of Insurance, la cual forma parte del Department of Regulatory Agencies.

Si usted vive en los estados de Delaware, Florida, Idaho, Indiana u Oklahoma, la siguiente declaración es válida para usted: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración relacionada con una reclamación o con una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave. En Florida, es un delito de tercer grado.

Si usted vive en el District of Columbia, o en los estados de Tennessee o Virginia, la siguiente declaración es válida para usted:

ADVERTENCIA: El suministro de información falsa o engañosa a una aseguradora con la finalidad de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona, es un delito. Las sanciones abarcan la reclusión en una prisión y/o la aplicación de multas. Asimismo, una aseguradora podría denegar el pago de los beneficios provenientes de un seguro, si el solicitante hubiera proporcionado información falsa materialmente relacionada con la reclamación de dichos beneficios.

Sun Life Financial es la marca privada de los productos de seguro suscritos y emitidos por Union Security Insurance Company.

A continuación se muestra la información para la presentación de la reclamación:

Si usted vive en el estado de New Hampshire, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración relacionada con una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa será objeto de procesamiento y pena por fraude en materia de seguros, como se establece en RSA 638:20.

Si usted vive en el estado de New York, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud para seguro o una declaración relacionada con una reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento en materia de seguros. Dicho acto constituye un delito y será objeto de sanciones civiles de no superar los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación para cada infracción.

Si usted vive en el estado de Minnesota, la siguiente declaración es válida para usted:

Una persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o ayude a cometer un fraude contra una compañía de seguros será culpable de un delito.

Si usted vive en el estado de Texas, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener retribución por una pérdida será culpable de un delito y podría ser objeto de multas y reclusión en una prisión estatal.

Si usted vive en un estado distinto a los mencionados anteriormente, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud para seguro o una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento en materia de seguros. Dicho acto constituye un delito y dicha persona se expone a sanciones penales y civiles.

Para evitar demoras innecesarias, asegúrese de completar todas las secciones de la Declaración de reclamación siguiendo las instrucciones y NO SEPARE las páginas.

Instrucciones

- 1. Empleador—Complete la Parte 1 y la Parte 1A.**
- 2. Reclamante—Complete las autorizaciones y la Parte 2.**
- 3. Médico asistente—Complete la Parte 3.**

Para ser completado por el Reclamante:

Yo autorizo a proveedores de servicios médicos, compañías de seguro, agencias de información para el consumidor, la Administración del Seguro Social, organismos gubernamentales, instituciones de enseñanza, agencias del orden público o empleadores que tengan información médica, con respecto a cualquier afección física o mental mía, rehabilitación o de carácter no médico sobre mi persona a entregar toda dicha información a Union Security Insurance Company, o a uno o todos sus representantes. Yo entiendo que Union Security Insurance Company podría analizar mis restricciones de limitaciones con los médicos y empleadores actuales o prospectivos ya que están vinculados con los acomodos y el posible regreso al trabajo. **ENTIENDO** que la información obtenida mediante esta autorización será utilizada por Union Security Insurance Company para determinar mi elegibilidad para los beneficios. Entiendo que una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original. Reconozco y acepto que esta autorización será válida mientras perdure la reclamación. Esta autorización no está regida por la ley HIPAA, pero, de ser necesario, se me podría solicitar que firmara un formulario de autorización HIPAA, para permitir que Union Security Insurance Company use y divulgue información protegida de carácter médico.

Si recibo un beneficio mayor del que se me debería haber pagado, entiendo que esta compañía de seguro tiene el derecho a exigir que yo devuelva el pago en exceso, incluyendo los derechos de reducir o ajustar beneficios futuros, si los hubiera.

Firma del reclamante _____

Fecha _____

Autorización para la divulgación de información protegida de carácter médico – HIPAA



Nombre del asegurado/Miembro _____

N° Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° de póliza _____ N° de participación _____ N° de cuenta _____ N° de certificado _____

Personas/categorías de personas que brindan la información: Todo proveedor de servicios de atención médica, hospitales, clínicas, otras instalaciones médicas o relacionadas con la atención médica; compañía de seguros o reaseguradora; farmacéutico, empresa administradora de beneficios farmacéuticos, o entidad relacionada con servicios farmacéuticos; agencia gubernamental federal, estatal o local incluyendo la Administración de Seguro Social; agencia de informes del consumidor; instituto de enseñanza; proveedor ocupacional; contable o preparador de impuestos; o empleador.

Personas/categorías de personas que reciben la información: Union Security Insurance Company o Union Security Life Insurance Company of New York (las "Compañías").

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de la forma que se describe a continuación:

Información a ser divulgada: Toda la información médica y no médica necesaria para permitir que las Compañías o sus representantes determinen mi elegibilidad para recibir beneficios y para tramitar mi reclamación. Dicha información podría incluir, pero no limitarse a: informes sobre mi salud física y mental, incluyendo diagnósticos o tratamientos para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), SIDA u otros desórdenes inmunes, enfermedades de transmisión sexual, abuso de alcohol y/o drogas; informes farmacológicos; informes acerca de beneficios del Seguro Social, indemnización de trabajadores y otras reclamaciones y beneficios del seguro; beneficios de Discapacidad Estatal y beneficios de pensiones; informes de ganancias; informes de impuestos y/o informes acerca de mi historial laboral.

Entiendo lo siguiente:

- Que la información obtenida mediante el uso de esta autorización será utilizada por las Compañías para evaluar y adjudicar mi actual reclamación de discapacidad y podría volver a ser divulgada a la(s) reaseguradora(s) de las Compañías. Que las Compañías podrían divulgar información a los médicos y empleadores actuales o prospectivos relacionados con las restricciones, acomodados y el posible regreso al trabajo. La información también podría divulgarse a (a) cualquier organización médica, investigadora, financiera, ocupacional o de cualquier otro tipo o persona, empleada por o en representación de las Compañías con la evaluación y adjudicación de mi reclamación de discapacidad actual, (b) un proveedor de Seguro Social que podría ayudarme a presentar una reclamación con la Administración del Seguro Social, y (c) otras compañías de seguros o sus representantes para ayudar a investigar y adjudicar otras reclamaciones de seguros relacionadas conmigo.
- Tengo derecho a rehusarme a firmar esta autorización; no obstante, si rehúso firmar esta autorización, entiendo que es posible que las Compañías no puedan recopilar la información necesaria para determinar si soy elegible para obtener cobertura o beneficios establecidos en una de las pólizas de seguro de las Compañías. Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización tiene la misma validez que la original. Si así lo solicito, puedo obtener una copia de esta autorización.
- Esta autorización es voluntaria. Puedo revocarla en cualquier momento, enviando la solicitud por escrito a Sun Life Financial, Privacy Office, PO Box 419052, Kansas City, MO 64141-6052. Dicha revocación no afectará las acciones que las Compañías hubieran emprendido antes de recibir la revocación.
- La legislación federal exige que nosotros le informemos a usted que la información que recopilamos podría, en algunas circunstancias, volver a ser divulgada por nosotros a terceros y, por tanto, ya no quedaría protegida por la legislación federal.
- Entiendo que toda la información obtenida mediante esta autorización podría ser usada y divulgada por planes conformes o no conformes a la Ley HIPAA.

Esta autorización es válida a partir de la fecha de la firma abajo por 24 meses.

FIRMA DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE LEGAL

RELACIÓN CON EL ASEGURADO/MIEMBRO

USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN

Sun Life Financial es la marca privada de los productos de seguro suscritos y emitidos por Union Security Insurance Company.

Declaración de reclamación por discapacidad a corto plazo



Parte 1—Aser completada por el Empleador (Escribir a máquina o en letra de molde. Si es necesario, adjunte una hoja adicional).

Nº de póliza	Nº de participación	Nº de cuenta	Nombre legal completo del reclamante
--------------	---------------------	--------------	--------------------------------------

Fecha en que fue empleado	Fecha de efectividad del seguro bajo este plan	Ocupación, título o posición
---------------------------	--	------------------------------

¿Su discapacidad es consecuencia del empleo del reclamante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente en disputa	Ingresos básicos semanales \$
--	---

Última fecha en que trabajó _____ Nº de horas trabajadas tal día _____ Horario de trabajo al sufrir la discapacidad _____ día/semana _____ h/día	¿Cómo se paga la reclamación? <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Salario + comisiones <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Solo comisiones <input type="checkbox"/> Salario + bonificación <input type="checkbox"/> Otros _____
---	--

Fecha de efectividad del último cambio de salario	Beneficio \$
---	--------------

¿Cuál es el estado laboral actual del reclamante?
 Si es «terminado», ¿en qué fecha terminó _____ ? ¿El reclamante califica para ser recontratado? Sí No
 Si es "trabajando", desde cuándo _____

Indique el tipo de ingresos que el reclamante recibe actualmente:

	Cantidad	Frecuencia	Fecha de comienzo	Fecha de finalización
Pago de vacaciones				
Subsidio por enfermedad o continuación de salario				
Tiempo de descanso compensatorio pagado por vacaciones				
Tiempo de descanso compensatorio pagado por subsidio por enfermedad				
Tiempo de descanso compensatorio pagado sin distinción				

¿Ha regresado al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí", en qué fecha _____ <input type="checkbox"/> Con restricciones <input type="checkbox"/> Capacidad completa	¿Estaba el reclamante cubierto conforme a su anterior plan de discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de efectividad conforme al anterior plan _____ Fecha de terminación conforme al anterior plan _____
--	---

¿Existe alguna razón por la cual los impuestos FICA **no** deberían deducirse de los beneficios del reclamante? Sí No
 Si "Sí", explíquelo.

¿Contribuye el reclamante al costo de este seguro de discapacidad a corto plazo? Sí No
 Si "Sí", Antes de impuestos Después de impuestos
 Si "Después de impuestos", _____ % de prima en dólares pagado por el empleador, _____ % pagado por el reclamante.

Ha cambiado el % de contribución del reclamante o el % antes/después de impuestos en los últimos 4 años naturales? Sí No
 Comentarios adicionales sobre esta reclamación:

Nombre del empleador	Su nombre y título
----------------------	--------------------

Por _____ Fecha _____ Teléfono _____
 FIRMA AUTORIZADA

Dirección de correo electrónico _____ Nº de fax _____

Proporcione documentación de cualquiera de las fuentes indicadas anteriormente; por ej. anuncios de adjudicación, anuncios de denegación o solicitudes.

Declaración de reclamación por discapacidad a corto plazo



Nombre completo (Como figura en su tarjeta del Seguro Social.)		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento	
Dirección completa		Ciudad	Estado	Código postal	Nº de teléfono
Dirección de correo electrónico					
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo					
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado					
<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento del último hijo _____					
Describa cómo y dónde ocurrió el accidente o enumere los síntomas de la enfermedad y su diagnóstico.				Primer día de incapacidad para trabajar	

Nombre y dirección del médico(s) _____

¿Ha regresado al trabajo? Sí No
 Si "Sí", en qué fecha _____ Media jornada _____ Jornada completa
 Si usted no ha regresado al trabajo, en qué fecha espera volver _____ Media jornada _____ Jornada completa

Compruebe si recibe o tiene derecho a recibir beneficios de alguna de las siguientes fuentes:

<input type="checkbox"/> Compensación para Trabajadores	<input type="checkbox"/> Plan de jubilación o pensión	<input type="checkbox"/> Jubilación del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Guardia nacional/reserva militar
<input type="checkbox"/> Incapacidad del Estado	<input type="checkbox"/> Discapacidad del Seguro Social	<input type="checkbox"/> Ley de Pensiones del Ferrocarril	<input type="checkbox"/> Otras fuentes

Para cada una de las fuentes marcadas anteriormente, proporcione la siguiente información:

Fuente	Cantidad de ingresos		Fecha	Beneficio
	Cantidad	Frecuencia	campo de aplicación	fecha de efectividad

Proporcione documentación de cualquiera de las fuentes indicadas anteriormente; por ej. anuncios de adjudicación, anuncios de denegación o solicitudes.

EL PACIENTE DEBE PAGAR CUALQUIER COSTO EN EL QUE SE INCURRA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO.

Parte 3—A ser completada por el Médico asistente (Escribir a máquina o en letra de molde).

Historial	Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Síntomas del paciente como resultado de (Marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente de auto <input type="checkbox"/> Otro accidente <input type="checkbox"/> Embarazo _____ Tipo de parto _____ PREVISTO/ACTUAL FECHA DE ENTREGA Fecha de la aparición de los síntomas por primera vez _____ Describa detalladamente las limitaciones del paciente. _____ ¿Cuándo se aplicaron estas limitaciones? _____ Altura _____ y peso _____ del paciente Comenzó _____ Reducción anticipada _____ Fecha de finalización anticipada _____ Nombre(s) y dirección(es) de otro(s) médico(s) _____
	Nombre del hospital _____ Fechas de internamiento _____ en el _____
Diagnóstico	Diagnóstico con códigos ICD9-CM: enumere en orden descendente de gravedad (incluidas todas las complicaciones). Diríjase a la sección de evaluación apropiada y elabórela. ICD9 _____ Síntomas subjetivos _____ Hallazgos objetivos _____ Adjunte informes médicos que documenten el diagnóstico indicado anteriormente. (Incluya resultados/copias de rayos X, pruebas de laboratorio, ECG, IRM y tomografías.) ¿Considera que se debería designar un tutor legal o custodio para este paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En un plazo de 8 horas al día: <input type="checkbox"/> Clase 1—Sin limitación; apto para trabajos pesados*—ejerce fuerzas de grado 50–100 ocasionalmente y/o de grado 25–50 frecuentemente. <input type="checkbox"/> Clase 2—Actividad media*—ejerce fuerzas de grado 20–50 ocasionalmente y/o de grado 10–25 frecuentemente. <input type="checkbox"/> Clase 3—Limitación ligera; apto para trabajos ligeros*—ejerce fuerzas de grado 20 ocasionalmente y/o de hasta grado 10 frecuentemente. <input type="checkbox"/> Clase 4—Limitación moderada; apto para trabajos sedentarios, de oficina o administrativos*—ejerce fuerzas de grado 10 ocasionalmente, en su mayoría sentado. <input type="checkbox"/> Clase 5—Limitación severa; no apto para actividades mínimas o trabajos sedentarios*. <input type="checkbox"/> Postrado en cama <input type="checkbox"/> Postrado en casa *Tal y como describe el Diccionario Federal de Títulos Ocupacionales del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.
Evaluación funcional	Describa detalladamente las limitaciones del paciente. *Con permiso para cambiar de posición. N=Nunca O=Ocasionalmente (1/4–2 1/2 horas) F=Frecuentemente (2 1/2–5 1/2 horas) C=Continuamente (5 1/2–8 horas) _____ De pie* _____ Sentado* _____ Caminando* _____ Conduciendo* _____ Doblando* _____ Introduciendo datos* Levantar no más de _____ libras _____ (¿Con qué frecuencia?) Empujar no más de _____ libras _____ (¿Con qué frecuencia?) ¿Cuándo comenzaron estas capacidades? _____ ¿Puede anticipar un aumento de las capacidades funcionales de su paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "Sí", ¿en qué fecha? _____
	Primera visita para esta condición _____ Visita más reciente _____ Examen exhaustivo más reciente _____ Describa el programa de tratamiento y aporte fechas de cualquier terapia con intervención quirúrgica, medicación (posología/rutina de administración), física o psicoterapia. _____ Frecuencia del tratamiento: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro (Especifíquelo). _____
Historia on psiquiátrica	Enumere el/los Códigos(s) DSM del paciente: _____ Descripción _____

