

Si hubo algún cambio en su dirección, por favor, anótelo aquí.

Número de reclamación:

IMPORTANTE: Si usted continúa incapacitado(a) después de _____ fecha hasta la cual se le han asignado beneficios, devuelva este formulario debidamente completado.

Firma del Representante Autorizado

Fecha:

INFORME DEL RECLAMANTE

1. ¿Se recuperó? Sí No
 En caso afirmativo, indique: Mes _____ Día _____ Año _____

2. ¿Regresó al trabajo? Sí No
 En caso afirmativo indique: Mes _____ Día _____ Año _____

3. En su opinión, está la incapacidad relacionada con:
 El trabajo Sí No
 Accidente de automóvil Núm. caso CFSE: _____
(En caso afirmativo, incluya copia de la determinación)

4. ¿Trabajó durante su incapacidad? Si No
 En caso afirmativo, indique:
 Desde _____ Hasta _____
 Mes-Día-Año Mes-Día-Año

5. Durante mi incapacidad: recibí estoy recibiendo estoy gestionando beneficios o ingresos de:
(NO INCLUYA LOS BENEFICIOS QUE RECIBE DE NUESTRO PROGRAMA)

	SI	NO	CANTIDAD BRUTA		SI	NO	CANTIDAD BRUTA
a. Mi patrono y/o mi unión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	c. Seguro Social para Choferes Fecha: (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Vacaciones regulares Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	d. Seguro Social Federal por Incapacidad* Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Licencia por enfermedad Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	e. Seguro Social Federal por edad* Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Licencia por maternidad Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	f. Corporación Fondo del Seguro del Estado* Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Pensión o retiro* Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	g. Seguro de la ACAA Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Días feriados Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	h. Veteranos Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Pago Voluntario Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	i. Un plan privado Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
b. Seguro por Desempleo Fecha: (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	j. Otros (especifique) Fecha (Mes-Día-Año)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

*En caso afirmativo, debe enviarnos copia de la carta de aprobación de Seguro Social o Pensión y copia de los documentos del Fondo, si aplica

6. Si radica esta solicitud después de haber transcurrido más de tres (3) meses a partir del
 Explique la(s) razón(es) de la tardanza:

Certifico que continúo incapacitado(a) para trabajar, que reclamo que se me extiendan los beneficios por incapacidad y que toda la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Sé que la Ley Núm. 139 de 1968, en sus Secciones 3 (o) y 11 (a) impone penas graves—como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal—por ofrecer información falsa para obtener beneficios por incapacidad.

Firma del reclamante

Fecha (Mes-Día-Año)

Teléfono

INFORME DEL PATRONO

1. ¿Trabajó el reclamante luego de _____?
 Sí No En caso afirmativo indique:
 Desde: _____ Hasta: _____
 Mes-Día-Año Mes-Día-Año

2. ¿Ha regresado el reclamante a trabajar?
 Sí No En caso afirmativo indique:
 Desde: _____ Hasta: _____
 Mes-Día-Año Mes-Día-Año

3. Salario semanal regular _____
 Horario semanal regular _____

4. Si efectuó pago de licencia por maternidad (Ley 3 de 1942), indique el salario Utilizado \$ _____

5. ¿Hizo algún pago al(la) empleado(a) durante su incapacidad? Sí No En caso afirmativo, indique lo siguiente:

TIPO DE PAGO	CANTIDAD (BRUTA)	TOTAL DE DÍAS	PERIODO		FECHA EN QUE EFECTUÓ O EFECTUARÁ EL PAGO (MES-DÍA-AÑO)
			DESDE (MES-DÍA-AÑO)	HASTA (MES-DÍA-AÑO)	
<input type="checkbox"/> Vacaciones					
<input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad					
<input type="checkbox"/> Licencia por maternidad					
<input type="checkbox"/> Pago voluntario <input type="checkbox"/> Regalía <input type="checkbox"/> Nómina					
<input type="checkbox"/> Pensión o retiro					
<input type="checkbox"/> Días feriados ¿Cuál(es)?					
<input type="checkbox"/> Otros (especifique)					

6. Si la reclamación es por maternidad y no hubo pago por la Ley 3 de 1942, explique:

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Se que la Ley 139 de 1968, en su Sección 11(a), impone penas graves-como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal- por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Firma del patrono u oficial autorizado

Fecha

NOTA: ANTES DE SOMETERLA, ASEGÚRESE QUE POR AMBOS LADOS ESTE TOTALMENTE COMPLETADA. SI TIENE INFORMACIÓN ADICIONAL QUE CREA PERTINENTE, FAVOR DE SOMETERLA ADJUNTA A ESTA SOLICITUD.

CERTIFICADO MÉDICO O PSICOLÓGICO

Este certificado será completado por un médico, psicólogo o quiropráctico autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico o en el lugar de residencia del reclamante o, en ausencia de éstos, el custodio de expedientes médicos.

1. Nombre y apellidos del(la) reclamante			2. Número de récord médico	
3. Incapacidad relacionada con:	SI	NO	4. Diagnóstico (Datos médicos que, según su conocimiento, incapacitan al paciente). USE CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS . Especifique las complicaciones, si la incapacidad es por embarazo.	
el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
un accidente de automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Período de tratamiento (Mes-día-año) Desde _____ hasta _____			9. Fecha del desmembramiento o la pérdida de la vista total y permanente (Mes-día-año)	
6. Período de incapacidad (Mes-día-año) Desde _____ hasta _____				
7. En caso de embarazo o aborto indique (Mes-día-año) Fecha probable de parto _____ Fecha de parto _____ Aborto _____			10. Si el desmembramiento o la pérdida de la vista total y permanente, se debió a un accidente, indique fecha de éste (Mes-día-año)	
8. El(la) paciente estuvo hospitalizado(a) por 24 horas o más: [] SI [] NO Desde _____ Hasta _____ (Mes-día-año) (Mes-día-año)				

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información indicada arriba es correcta, y que soy un médico, psicólogo o quiropráctico autorizado a ejercer mi profesión, o custodio de records médicos. Sé que la Ley Núm. 139 de 1968, en su Sección 11(a), impone penas graves—como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal—por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Firma	Fecha (Mes-día-año)
Nombre (en letra de molde):	Número de licencia:
Dirección física de la Oficina del Médico	Teléfono: Fax:
	E-mail:

INSTRUCCIONES

Este formulario será completado en todas sus partes con información clara y precisa. El mismo deberá ser devuelto por usted antes de que transcurran tres (3) meses desde _____ . Cuando complete esta solicitud, envíela a la siguiente dirección:

TRIPLE-S VIDA, INC.
PO Box 363786, San Juan, PR 00936-3786