

**MANUAL AL RECLAMANTE
INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR SOLICITUD DE
BENEFICIOS DE SEGURO POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO
(STDI, ADSO, WKDB)**

Con el propósito de establecer una comunicación efectiva y proveerles un servicio de calidad, deseamos orientarles en el manejo de las reclamaciones del Seguro de Incapacidad a Corto Plazo (STDI, ADSO, WKDB).

El formulario consta de tres (3) partes, las cuales deben ser completadas en su **totalidad** por la persona que se especifica en cada parte, como sigue:

- ◆ Parte A - Reclamante (Empleado)
Importante - firmar autorización para solicitar evidencia médica.
- ◆ Parte B - Patrono (Recursos Humanos, Depto. Finanzas)
- ◆ Parte C - Médico (Quien certifica la incapacidad)

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACION MÉDICA

La certificación para Autorización del Empleado para Obtener Información Médica es de suma importancia, ya que es la que autoriza a la Compañía de Seguros y a sus administradores para analizar y obtener la información adicional necesaria para poder tomar una decisión sobre la solicitud de beneficios establecida. La misma debe estar firmada por el reclamante o por la persona autorizada en caso de que el reclamante no pueda o no está capacitado para firmar.

Una vez se complete las tres partes de la solicitud de reclamación, deberá enviar la solicitud original a nuestras oficinas a la mayor brevedad. No se aceptarán copia de ninguna de las partes.

A continuación, instrucciones para completar el formulario de reclamaciones.

PARTE A
INFORME DEL RECLAMANTE

Esta parte consta de 17 preguntas las cuales deben ser contestadas en su totalidad, con datos precisos. En aquellas para las cuales no existe contestación, indique **No Aplica**, (N/A).

- A. Dirección Postal - Para evitar el atraso en el trámite de correspondencia, debe asegurarse de que la dirección esté correcta y claramente escrita, ya que los pagos (cheques), cartas y demás correspondencia serán enviadas por correo. **No se entregarán pagos personalmente.**

- B. Antes de enviar la solicitud, favor de verificar que haya contestado todas las preguntas del Informe del Reclamante. Si su incapacidad se debió a un accidente que no tenga relación con el trabajo ni automóvil, debe contestar la pregunta número nueve (9) detalladamente como se especifica en la misma.

- C. Si decide radicar una reclamación al Fondo del Seguro del Estado, debe llamar inmediatamente e informar el número de caso en dicha Agencia.

- D. Si recibe la aprobación o denegación del Seguro Social Federal por incapacidad o por edad, debe enviar copia de la carta "Notice of Award".

- E. Es sumamente importante que firme:
 - Certificación de la información que suministra
 - Autorización para suministrarnos la información médica que nos sea necesaria para el trámite correspondiente de la reclamación. Ambas aparecen en la parte inferior de la Parte A.

Detalles adicionales:

- ✓ Cualquier alteración, borrón, tachadura, cambio de color de tinta o tipo de escritura en el informe debe incluir sus iniciales.

PARTE B INFORME PATRONAL

La certificación de datos requeridos del patrono consta de 14 encasillados. Esta parte de la solicitud es de vital importancia para determinar: 1) el periodo de espera a aplicar y 2) la cuantía a ser pagada.

A continuación le resaltamos encasillados importantes a completarse.

- A. En el encasillado número 7 su patrono debe indicar el último día que **físicamente** usted dejó de trabajar. Esta fecha debe coincidir con la contestación del encasillado número 8 de la parte del reclamante (Parte A).
- B. En el encasillado número 12 “¿Hizo algún pago...” Su patrono debe indicar si le emitió algún pago. De ser afirmativo, debe indicar el tipo de pago emitido.

Es necesario que informen los días feriados que cobró o cobrará durante el período que nos reclama. No debe incluir los días feriados pagados bajo el concepto de licencia de enfermedad, vacaciones regulares, licencia por maternidad u otros pagos, sino bajo el encasillado que le corresponde.

De acuerdo a sus días laborables, su patrono informará el período que cubre el pago de salarios (desde - hasta). Se debe indicar la cantidad de días pagados, no horas pagadas; establecer la cantidad bruta y fecha de pago. La información tiene que ser exacta, ya que descontaremos beneficios durante el período por el cual el patrono pagó salarios completos.

Pagos del patrono durante la incapacidad - Si su patrono declara en el encasillado 12 haberle pagado salario completo por vacaciones regulares o por enfermedad, días feriados, pagos voluntarios u otros en la solicitud durante el período de incapacidad, el pago de incapacidad se reducirá por el número de días pagados. Bajo ningún concepto dicho pago excederá el total de los salarios que le pagaron, ni corresponderá a un período de incapacidad por el cual se pagan o son pagaderas vacaciones o licencias por enfermedad dispuestas por decreto mandatario, convenio colectivo o por disposición de Ley.

Si el pago es por concepto de Licencia por Maternidad - a fin de establecer que las madres obreras recibirán la totalidad del sueldo, salario, jornal o compensación al comenzar su período de descanso, su patrono será responsable del pago del 100% del salario durante el periodo de descanso y no se pagarán beneficios durante dicho periodo.

- *Es muy importante tener presente que si su patrono informa salarios pagados, debe indicar en la columna correspondiente la fecha en que cada pago comenzó.* Basándose en la fecha o fechas indicadas y en el total de días pagados, el examinador podrá determinar cuándo el Plan debe comenzar a hacer efectivos sus pagos semanales.

C. Certificación y Firma - Todo informe patronal debe ser firmado por un oficial autorizado indicando su título, además de la otra información requerida. Es muy importante que se indique la dirección postal y el teléfono para asegurar una rápida comunicación con su patrono.

Detalles adicionales:

- ✓ Asegúrese de que su patrono no deje renglones o encasillados que le correspondan.
- ✓ Su patrono debe informar su salario semanal regular así como su horario semanal regular (número de horas) en los encasillados 4 y 5.
- ✓ Coteje que el oficial autorizado firmó la certificación del formulario.
- ✓ Cualquier alteración, borrón, tachadura, cambio de color de tinta o tipo de escritura en el informe debe ser iniciada por la persona que lo completó.

PARTE C
INFORME DEL MÉDICO

Esta sección consta de 11 preguntas las cuales deben ser contestadas en su totalidad con datos precisos por el médico que certifique la incapacidad.

- A. El diagnóstico indicado en el encasillado 2 debe estar en letra legible y preferiblemente con el código ICD9-CM de la condición. En caso de que la incapacidad sea por embarazo, debe especificar la condición o complicaciones que la incapacita para trabajar.

- B. No se tramitará ninguna reclamación donde los encasillados número 4 y 5, indiquen un término de **"Indefinido"**, **"Indeterminado"** o **"Al presente"**. De ser así, la parte médica le será devuelta para que indique la fecha probable de su recuperación (Mes/Día/Año).

- C. Si el Certificado Médico de la solicitud está incompleto, alterado o tachado sin las iniciales del médico, falta la firma del médico con su sello y/o le falta el número de licencia, no podrá ser aceptado y le será enviado para que lo lleve al médico y complete la información que se le requiere.

Detalles adicionales:

- ✓ Solicite al médico que utilice letras legibles sobre todo si escribe el diagnóstico y no el código.
- ✓ Debe cotejar el formulario en su totalidad antes de abandonar la oficina de su médico.
- ✓ Cualquier alteración, borrón, tachadura, cambio de color de tinta o tipo de escritura en el certificado médico deberá tener las iniciales del médico que certifica su incapacidad.

CONSIDERACIONES GENERALES

- ♦ Depósito Directo (ACH) - Aquellas personas que deseen acogerse a este sistema, se le depositará el pago de su reclamación directamente a la cuenta. Para esto debe completar forma adjunta y entregar junto con cheque VOID (Cuenta Corriente), hoja de depósito o estado bancario con número de cuenta pre-impreso (Cuenta de Ahorro).
- ♦ El Aviso de Pérdida debe ser radicado durante los treinta (30) días siguiente a la fecha de la pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible.
- ♦ Solicitudes incompletas (falta de información), retrasarán el proceso de evaluación, la emisión del pago y/o determinación de la misma.
- ♦ El cumplimiento de las recomendaciones anteriores resultará en beneficios para usted. En la medida que podamos agilizar los procesos de la reclamación, evitaremos el impacto que conlleva su falta de ingresos.
- ♦ Toda reclamación recibida debidamente completada, será procesada para pago en orden de fecha de llegada.
- ♦ Para verificar el estatus de su reclamación, es importante que al momento de llamar tenga disponible el nombre completo del reclamante. En caso de que se le haya asignado un número de reclamación, puede referirse al mismo.
- ♦ Contamos con su cooperación para ofrecerle el mejor servicio.

**SOLICITUD DE CONTINUACIÓN DE PAGOS POR BENEFICIOS
DE SEGURO POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO
(STDI, ADSO, WKDB)**

La solicitud de continuación de pagos por beneficios por incapacidad a corto plazo (STDI, ADSO, WKDB) se enviará junto con cada cheque de pago de reclamación, a excepción de un pago final.

Esta forma consta de 3 partes. Siempre se le requerirá que complete la parte del reclamante (1). El examinador a cargo de la reclamación determinará si es necesario que se complete la parte médica (2) o la parte patronal (3), como parte del proceso de evaluación de la reclamación.

Este documento debe ser enviado a nuestras oficinas, lo antes posible para continuar el proceso de evaluación de la reclamación. Hasta que no se reciba la hoja de continuación, la reclamación no será revaluada para el pago del próximo periodo.

Si regresó a trabajar dentro del período de incapacidad certificado por su médico, debe indicarlo en la hoja de continuación (parte del reclamante o patrono) y enviarla a nuestras oficinas lo antes posible. De no informarlo, podría incurrir en un sobrepago que nos obligaría a solicitarle el reembolso del pago en exceso.

De no recibir la hoja de continuación completada en las partes solicitadas, conllevaría el cierre de la reclamación.

PAGO POR MUERTE

El plan únicamente provee pago de cualquier indemnización acumulada pero no pagada en la fecha del fallecimiento del asegurado. La misma será pagadera al cónyuge sobreviviente, o en su defecto, a los herederos legales del asegurado, en partes iguales.

CENTROS DE SERVICIOS

Contamos con nuestra oficina principal, un centro de servicios integrados y cuatro (4) oficinas regionales para facilitar el acceso y servicios a nuestros asegurados. En estas oficinas se orientan y se tramitan casos de los patronos y asegurados. Sirven de enlace para el trámite de formularios de reclamación. Nuestra red de oficinas permitirá un acceso más efectivo y eficiente a nuestros servicios a través de toda la isla.

Oficina Principal, Río Piedras

Oficina de Servicio al Asegurado

Lobby (Frente a Rest. Denny's)

1052 Ave Luis Muñoz Rivera

Río Piedras, PR 00927

Horario de lunes a viernes – 8:00am a 4:30pm

Tel. (787) 758-4888, opción 4 (Servicio al Asegurado Grupal)

Centro de Servicios Integrados

Plaza Las Américas

Centro de Servicio de Plaza las Américas

Segundo Nivel (Frente a Relojes y Relojes)

Horario de lunes a jueves – 8:30am a 5:00pm

Horario de viernes – 8:30am a 1:00pm

Tel: (787) 758-4888, ext. 4600

Toda correspondencia por correo deberá ser enviada a:

Triple-S Vida, Inc.
Dept. Reclamaciones Grupal
PO Box 363786
San Juan, PR 00936-3786