

Instrucciones para Presentación de Reclamos de Grupo por Incapacidad California

1. Complete en su totalidad la Solicitud de del Empleado por Beneficios de Incapacidad
2. Pídale al doctor que le atiende que complete la Declaración del médico Encargado y que se la devuelva
3. Pídale a su empleador que complete el Reporte de Reclamo del Empleador y que se lo devuelva
4. Complete el Acuerdo de Autorización de Depósito Directo, si fuera aplicable.

Envíe los siguientes documentos debidamente completados:

- A. Solicitud de Beneficios de Incapacidad del Empleado.
- B. Reporte de Reclamo del Empleador.
- C. Declaración del Médico Encargado.
- D. Acuerdo de Autorización de Depósito Directo, si lo elige, a la dirección que aparece abajo o envíelo por fax a nuestra línea gratuita al-888-243-3453.

Todas las secciones de este formulario de reclamo deben ser llenadas para evitar retrasos innecesarios en el proceso de la solicitud de beneficios de quien presenta el reclamo. Si tiene cualquier pregunta al completar este formulario, por favor llame:

Teléfono local: (405) 416-7750
Teléfono para llamadas gratuitas: (800) 267-2322

INSTRUCCIONES PARA DEPÓSITO DIRECTO

Si desea que los beneficios se depositen directamente en su cuenta de cheques, complete el siguiente ACUERDO DE AUTORIZACIÓN y adjunte un cheque cancelado. Por favor recuerde que los fondos de depósitos futuros NO estarán disponibles para ser usados en menos de 3 a 4 días hábiles después de la fecha en que los beneficios sean aprobados y en que se inicie el ingreso de créditos a su cuenta.

Si ya usted presentó un ACUERDO DE AUTORIZACIÓN no complete otro, a menos que haya cambiado la información de su cuenta de Banco o Unión de Crédito.

() Sí () No ¿Quiere continuar el ACUERDO DE AUTORIZACIÓN para iniciar el ingreso de créditos a su cuenta de cheques? Si no contesta esta pregunta, American Fidelity asumirá que sigue autorizando el ingreso de créditos a su cuenta.

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITOS AUTOMÁTICOS

Autorizo a American Fidelity Assurance Company a que inicie el ingreso de créditos a mi cuenta de cheques de la entidad depositaria cuyo nombre aparece a continuación. Esta autorización continuará en pleno vigor y efecto hasta que la Compañía reciba notificación escrita de mi parte acerca de su terminación, en tal momento y de tal manera para permitir a la Compañía y la entidad depositaria a que tomen las medidas pertinentes.

NOMBRE DEL BANCO/UNIÓN DE CRÉDITO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO DEL BANCO: () _____

SU NOMBRE: _____ # S.S.: _____

FIRMADO: _____ FECHA: _____

IMPORTANTE: Debe adjuntar un cheque cancelado para empezar los depósitos directos. No se aceptan talonarios de depósito.



A member of the American Fidelity Group®
DIVISION DE ASOCIACIÓN y SITIO DE TRABAJO
DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS
Apartado Postal 268898
Oklahoma City, Oklahoma 73126-8898

DECLARACIÓN DEL MÉDICO ENCARGADO

	Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	#SS
		/ /	
D I A G N O S T I C O	Diagnóstico: (incluyendo complicaciones)		Código ICDA
	¿Es la incapacidad producto de una lesión o enfermedad causada por o durante el trabajo del empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Es la incapacidad resultado del embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si dio a luz, tipo de parto: _____ Fecha en que se diagnosticó el embarazo: _____
	Fecha de parto (si dio a luz): ____/____/____	Fecha probable de parto (si no ha dado a luz): ____/____/____	
H I S T O R I A L	¿Cuándo se presentaron los síntomas por primera vez p sucedió el accidente? _____	¿En que fecha le consultó el paciente por primera vez por esta afección? _____	Si fuera accidente, fecha del accidente _____
	¿Ha tenido alguna vez el paciente una afección igual o parecida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si fuera sí, indique cuándo y descríbalas: _____		
	¿Le fue referido el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si fuera sí, por favor dé el nombre completo y dirección del médico que lo refirió: _____		
T R A T A M I E N T O	Frecuencia del tratamiento <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra		
	Si no está bajo sus cuidados y atención regular, por favor explique cómo, en su opinión, la afección se considera incapacitante, pero no requiere cuidados ni atención regular.		
	Naturaleza del tratamiento que se da (incluyendo cirugía y cualquier medicamento que se recete) y el plan actual de tratamiento: _____		
	Haga una lista de todas las fechas de tratamiento o atención médica, desde que empezó la incapacidad: _____		
	¿Está aún el paciente bajo su cuidado por esta afección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, por favor dé el nombre del médico que lo atiende actualmente: _____		
	¿Ha estado hospitalizado el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Si fuera sí, dé las fechas de admisión y alta, así como nombre y dirección del hospital: Admisión: ____/____/____ Alta: ____/____/____ Nombre: _____ Dirección: _____		
P R O G N O S I S	Fechas de incapacidad total: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____ Incapacitado actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Incapacitado de: El trabajo del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Algún otro trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Si se encuentra actualmente incapacitado, cual es la duración anticipada de la incapacidad? <input type="checkbox"/> 1-2 meses <input type="checkbox"/> 2-3 meses <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> Más de 12 meses <input type="checkbox"/> Permanente		
	¿Cuándo, en su opinión, se recuperará el paciente lo suficiente como para regresar a trabajar? _____		
I M P E D I M E N T O S	Impedimentos Físicos (*Como se define en el Diccionario Federal de Cargos Ocupacionales)		
	____ Clase 1 - No hay limitaciones de la capacidad funcional, capaz de hacer trabajos pesados. Sin restricciones. *(0-10%)		
	____ Clase 2 - Actividad manual media. *(15-30%)		
	____ Clase 3 - Limitaciones ligeras de la capacidad funcional, capaz de hacer trabajos ligeros. *(35-55%)		
	____ Clase 4 - Limitaciones moderadas de la capacidad funcional; capaz de hacer trabajos de oficina/administrativos (actividades sedentarias) *(60-70%)		
	____ Clase 5 - Limitaciones severas de la capacidad funcional; incapaz de actividad (sedentaria) mínima. *(75-100%)		
	Diagnóstico DSM-IV (si aplica)		
	Eje I: _____		
	Eje II: _____		
	Eje III: _____		
	Eje IV: _____		
	Eje V: _____		
	¿Piensa que el paciente es competente para endosar cheques y dirigir el uso de los ingresos? Sí No		
Nombre del médico encargado: (en letra de molde)		Diploma:	Especialidad: # de teléfono: (incluyendo código de área)
			() -
Dirección física		Ciudad:	Estado: Código postal: # de fax (incluyendo código de área)
			() -
Firma del médico:		# de Identificación Federal:	Fecha: / /
Formulario llenado por: _____ Cargo: _____			



A member of the American Fidelity Group®

American Fidelity Assurance Company
 Enviar a: Departamento de Beneficios AWD
 Apartado Postal 268898
 Oklahoma City, Oklahoma 73126-8898
 Teléfono Local (405) 416-7750
 Llamada gratuita 1-800-267-2322
 Fax Local (405) 523-5762
 Fax gratuito: 1-888-243-3453

REPORTE DE RECLAMOS DEL EMPLEADOR

E M P L E O	Nombre del empleador: _____		No. de fax: () _____	
	Dirección postal: (incluya calle, ciudad, estado y código postal)		No. de teléfono: (incluyendo la extensión) () _____ Ext. _____	
	Nombre del empleado: _____		Número de Seguro Social: _____	
	Fecha de contratación: _____	Fecha efectiva de cobertura del empleado: _____	Ocupación: _____	
Estado laboral en el momento de la incapacidad: _____		Tiempo completo # de horas _____	Licencia _____	Desempleado _____
		Medio tiempo # de horas _____	Fecha: _____	Jubilado _____
¿Ha cambiado la situación laboral del empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si fuera sí, situación actual: _____				
P R I M A S	¿Participa el empleado en el Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿se contrató después del 1/4/86? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Favor de detallar el porcentaje de la prima de incapacidad de AFA del empleado que usted paga: _____%			
	¿Se retienen las primas de incapacidad de AFA antes o después de impuestos? Antes _____ Después _____			
	Confirme el último día en que se dedujeron las primas de incapacidad del salario del asegurado _____ y la cantidad retenida _____ (Fecha) (Cantidad)			
Todas las primas deducidas del salario han sido/serán entregadas a AFA. (Encierre una en un círculo)				
S A L A R I O	SALARIO AL MOMENTO DE LA INCAPACIDAD DE EL SALARIO ANUAL PARA EMPLEADOS BAJO COMISIONES			
	Semanal \$ _____		Mensual \$ _____	
Annual \$ _____		\$ _____	Por hora \$ _____	
W-2, año calendario anterior		De principios de año a la fecha		
I N C A P A C I D A D	Fecha del último día de trabajo del empleado: _____			
	¿Ya regresó a trabajar el empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Si fuera sí, fecha en que regresó: _____		Tiempo completo: _____	
		Medio tiempo: _____		
O T R O S	¿Presentó el empleado un reclamo para recibir, o tiene derecho a Compensación Laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Si fuera sí, de el nombre, dirección y teléfono de la compañía de Compensación Laboral: _____			
	De la fecha final en que el empleado tenga derecho a licencia con sueldo completo por enfermedad: _____			
	Nombre, dirección y teléfono de cualquier otro proveedor de incapacidad: (incluya calle, ciudad, estado y código postal) _____			
I N G R E S O S	¿Es elegible el empleado para recibir beneficios de jubilación por incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	<p>Por este medio certifico que el empleado antes mencionado es miembro de nuestro Programa de Incapacidad de Grupo y estaba trabajando activamente en su ocupación habitual el día en que la cobertura se hizo efectiva. La información proporcionada arriba es correcta, en la medida de mis conocimientos y entender.</p> <p>Firma autorizada de la compañía empleadora o dignatario autorizado:</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p> <p>Nombre escrito en letra de molde: _____</p>			

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD DEL EMPLEADO

Advertencia: Para su protección, la ley de California requiere que el siguiente texto aparezca en este formulario. Cualquier persona que conscientemente presente reclamos falsos o fraudulentos para recibir el pago por un daño, se considera culpable de haber cometido un delito y podrá recibir una multa y ser recluida en la prisión estatal.

Nombre completo: (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Número de cuenta:	
Dirección de residencia (calle, ciudad, estado y código postal)		Número de Seguro Social:	
Dirección postal: (P.O. Box o calle, ciudad, estado y código postal)		Fecha de nacimiento:	
Teléfono (incluyendo el código de área): () -	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado
Nombre del empleador:	Ocupación	¿Se ha dado por terminado su empleo? Si fuera sí, fecha: _____	
Nombres y fechas de nacimiento de todos los dependientes:			
Nombre		Fecha de nacimiento	Nombre
Nombre		Fecha de nacimiento	Nombre
Nombre		Fecha de nacimiento	Nombre
Nombre		Fecha de nacimiento	Nombre
1. Fecha en que ocurrió el accidente: ____/____/____		2. Si fue accidente, explique dónde y cómo ocurrió. Si se hizo un reporte policíaco, por favor proporcione una copia.	
3. ¿Alguna vez ha tenido la misma afección o una parecida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4. Naturaleza de la enfermedad:		5. Fechas de todos los tratamientos médicos:	
6. Si fue hospitalizado, dé el o los nombres completos y teléfonos o dirección(es) de los hospitales (adjunte una lista adicional, si fuera necesario): Nombre del hospital _____ Fecha de admisión ____/____/____ Fecha de alta ____/____/____ Dirección _____			
7. Nombres completos y teléfonos, incluyendo código de área, de los médicos que le han atendido: (adjunte lista adicional, si fuera necesario)			
8. ¿Cuándo fue el último día en que trabajó? ____/____/____ Fechas de incapacidad total: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____ Si no ha regresado a trabajar, ¿cuándo espera regresar? ____/____/____		En que fecha regresó a trabajar? Medio Tiempo: ____/____/____ Tiempo Completo: ____/____/____	
9. ¿Está su incapacidad relacionada con su trabajo/ocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si fuera sí, ¿ya solicitó o intenta usted solicitar Compensación Laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10. Si se aprueba su solicitud para beneficios, ¿quiere que le retengamos los Impuestos Federales de cada cheque de beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si fuera sí, cantidad \$ _____ (Indique cantidad al mes, \$87.00 mínimo)			
11. Identifique otras fuentes y cantidades de ingresos que está recibiendo, o que podrá tener derecho a recibir durante esta incapacidad:			
Su Seguro Social: (incapacidad o jubilación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes		Licencia por Enfermedad o Continuación de Salarios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes	
Seguro Social como Dependiente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes		Compensación Laboral: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes	
Jubilación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes		Otra Cobertura por Incapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes	
Jubilación de ferrocarrileros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes		(Identifique) _____	
Otra Cobertura de Incapacidad de Grupo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes		Incluya una copia de su carta de otorgamiento o rechazo para cualquier fuente que la haya enviado	
Ingreso por incapacidad del estado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes			
Beneficios para veteranos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No \$ _____ al mes			
AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD			
<p>Por este medio autorizo a las entidades especificadas abajo a divulgar cualquier información acerca de mi expediente médico o del de mis dependientes, así como el historial de tratamientos por enfermedades físicas y/o emocionales, incluyendo pruebas psicológicas, excepto notas de psicoterapia, a personas que representen a American Fidelity Assurance Company (AFAC), involucradas en determinar si yo califico para obtener los beneficios de la cobertura de mi seguro. Aquellos así autorizados son: a) médicos con licencia o profesionales médicos; b) los hospitales, clínicas o instalaciones relacionadas con asuntos médicos; c) los planes de salud; d) la Administración de Veteranos; e) empleadores antiguos o presentes; f) farmacia; g) las compañías aseguradoras; h) la Administración de Seguro Social; i) los sistemas de jubilación; j) el Departamento de Vehículos Motorizados; y k) las compañías de Indemnización Laboral.</p> <p>AVISO: La información que autoriza a divulgar puede incluir información acerca de enfermedades contagiosas o venéreas tales como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) u otras afecciones por las que usted haya recibido tratamiento. Esta autorización excluye la divulgación del resultado de la prueba de VIH, en caso de que haya sido positivo pero que usted no haya desarrollado síntomas de SIDA. Dichos resultados no podrán ser divulgados o publicados. Nada en esta advertencia prohibirá que esta autorización incluya el hecho de que usted tiene SIDA.</p> <p>Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización; sin embargo, si yo no firmara la autorización esto podría dar como resultado el que me nieguen los beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, escribiendo a American Fidelity Assurance Company, Departamento de Beneficios AWD, Apartado Postal 268898, Oklahoma City, Oklahoma 73126-8898, ó llamando sin costo al 1-800-267-2322. Entiendo que mi derecho a revocar esta autorización está limitado en la medida en que AFAC haya tomado acción basándose en la autorización; o en que la ley le haya dado a AFAC el derecho de impugnar la cobertura de mi seguro o un reclamo hecho bajo la cobertura de mi seguro. Una copia de esta autorización será tan válida como el original.</p> <p>Entiendo que si se divulga la información protegida de la salud a una persona u organización que no está obligada a cumplir con las regulaciones de privacidad federales, la información podría volverse a divulgar y dejar de estar protegida por las regulaciones de privacidad federales.</p> <p>En cuanto a cobertura del seguro de salud, esta autorización expirará a los 24 meses de la fecha en que se firme o cuando se termine mi póliza de seguro, lo que ocurra primero. En cuanto a la cobertura del seguro que no sea seguro de salud, esta autorización expirará a los 24 meses de la fecha en que se firmó o cuando expire el reclamo de beneficios, lo que ocurra primero. Para los residentes de Arizona, suministro de VIH/SIDA – la información suministrada sólo se puede divulgar por un periodo que no deberá exceder 180 días a partir de la fecha que aparece abajo.</p>			
Nombre del Paciente/Asegurado, en letra de molde _____		Fecha: _____	
Firma: _____			

Por favor guarde una copia para su archivo personal, o bien, solicite una copia a nuestra compañía.
EL NO FIRMAR Y FECHAR EL FORMULARIO RETRASARÁ LOS BENEFICIOS