



Seguro de incapacidad a corto plazo

Solicitud de incapacidad del empleado

Envíe este formulario completado a:
SRC, an Aetna Company
Attn: Claim Department
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Fax to: 1-859-455-8650
Phone: 1-888-772- 9682

- Llene este formulario cuando su ausencia por incapacidad exceda el periodo de espera de su plan.

- Pida a su médico que complete la Declaración del Médico Tratante en el anverso.
- Entregue el formulario completo al empleador.

1. Información de empleador

Nombre	Número de Control
Dirección (incluye código postal)	

2. Información de empleado

Número de Seguro Social	Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Dirección (incluye código postal)	Número de teléfono durante el día ()	¿Ha sido descontinuado su empleo y/o está actualmente separado de su empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ingreso básico Semanal \$ _____ Mensual \$ _____	Descripción de deberes laborales:	¿Está actualmente empleado en otro lugar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
		Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

3. Información de reclamo

¿La ausencia está relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿El reclamo está relacionado con un accidente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si "Sí", fecha _____ hora _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
Naturaleza de la enfermedad o lesión por la que se hace el reclamo. Si se trata de una lesión, describa cómo, cuándo y dónde.	
Fecha de retorno esperado al trabajo _____	

4. Información sobre la retención del impuesto federal sobre la renta

Los pagos de ingresos por incapacidad son reportados al gobierno federal y pueden ser incluidos como ingresos sujetos al pago de impuestos. Cuando los beneficios de incapacidad son provistos por un Contrato de Servicios Administrativo (ASC), un monto definido por ley será deducido automáticamente. Si opta por cambiar ese monto, se tendrá que completar un formulario W-4.

Si los beneficios de incapacidad son provistos por un contrato de seguro, puede llenar la sección de abajo para solicitar la retención voluntaria del impuesto sobre la renta por los beneficios.

Solicito la retención voluntaria del impuesto sobre la renta de mis pagos por enfermedad, según lo autoriza la Sección 3402(0) del Código de Rentas Internas.

De cada pago por incapacidad semanal, debe retenerse:

_____ % (el porcentaje indicado no puede ser menor que 10%)

\$ _____ (indique un monto entero en dólares no menor a \$20.00 por semana)

5. Información sobre la retención de impuesto estatal sobre la renta (si corresponde)

Si reside en un estado que tiene una ley de retención de impuesto estatal sobre la renta por ingresos por incapacidad, un monto adicional tendrá que ser retenido de su pago por incapacidad.

Solicito que el impuesto estatal sobre la renta sea retenido de mis pagos por incapacidad semanales, de la siguiente forma:

_____ %

\$ _____ (indique un monto entero en dólares)

6. Exoneración

Para todos los médicos, proveedores, profesionales médicos, hospitales, consejeros de rehabilitación vocacional y aseguradoras de compensación para trabajadores ("Proveedor"):

Se le autoriza proporcionar a Aetna Life Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas ("Aetna"), y a cualquier administrador independiente de reclamos y profesionales médicos consultores, así como organizaciones de revisión de uso con los que Aetna tenga un contrato, información relativa al consejo, tratamiento o suministros médicos provistos al paciente. Esta información será usada para evaluar, analizar, gestionar y/o administrar los reclamos de beneficios. Aetna puede proporcionar al empleador nombrado arriba cualquier cálculo de beneficios usado para el pago de este reclamo con el fin de revisar la experiencia y operación de la póliza o contrato. Esta autorización es válida por el plazo de la póliza o contrato bajo el cual se ha presentado un reclamo. Sé que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización a solicitud y estoy de acuerdo con que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que Aetna y las entidades mencionadas arriba pueden divulgar esta información si la ley lo exige. Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento excepto en la medida que el Proveedor ya haya actuado en base a la autorización original.

Firma de la persona autorizada	Fecha (MM/DD/AAAA)
--------------------------------	--------------------

Nombre	Número de Seguro Social
--------	-------------------------

7. Información falsa

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención residentes de Arkansas, Luisiana, Rhode Island y Virginia Occidental: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión.

Atención residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el siguiente aviso: Toda persona que conscientemente presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Atención residentes de Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras.

Atención residentes de Florida: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Atención residentes de Kansas: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado.

Atención residentes de Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención residentes de Maine y Tennessee: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro.

Atención residentes de Maryland: Toda persona que, a sabiendas y de manera deliberada, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión.

Atención residentes de Nueva Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención residentes de Nueva York: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y está sujeto a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Atención residentes de Carolina del Norte: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención residentes de Ohio y Pensilvania: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Atención residentes de Oregón: Toda persona que, con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado.

Atención residentes de Puerto Rico: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para obtener un pago por una pérdida u otro beneficio, o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y, si es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000); o será encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ser aumentado a un máximo de cinco (5) años, y si existen circunstancias atenuantes, el período de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años.

Atención residentes de Vermont: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención residentes de Virginia: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención residentes de Washington: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

Firma de empleado	Fecha (MM/DD/AAAA)
-------------------	--------------------

Nombre	Número de Seguro Social
--------	-------------------------

Nota: Aetna puede solicitar declaraciones adicionales si es necesario

Declaración del médico

El paciente es responsable de cualquier gasto incurrido al completar este formulario.

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)
Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión (accidente) o embarazo	Fecha de primera consulta y tratamiento por esta condición	Si el paciente ha tenido enfermedades o lesiones similares, indique las fechas
Fecha de incapacidad total Desde <u> / / </u> A <u> / / </u> MM DD AAAA MM DD AAAA	Fecha de incapacidad parcial Desde <u> / / </u> A <u> / / </u> MM DD AAAA MM DD AAAA	Fecha en que el paciente podrá regresar al trabajo (si se desconoce, dé un aproximado) (MM/DD/AAAA)
Fecha de la próxima visita <u> / / </u> MM DD AAAA	Para los servicios relacionados con la hospitalización, indique fechas de hospitalización Admisión <u> / / </u> Alta <u> / / </u> MM DD AAAA MM DD AAAA	
Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión (favor indicar primario y secundario)		
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. Si la incapacidad se debe a embarazo, la fecha de parto es <u> / / </u> MM DD AAAA		
Indique los medicamentos actuales y dosis		

Procedimientos y/o servicios médicos relacionados con esta incapacidad

Fechas de servicio MM DD AAAA	Descripción de los servicios	Tipo de servicio †	Código de diagnóstico ††
/ /			
/ /			
/ /			

Limitaciones

(a) ¿Cuáles son las capacidades actuales del paciente? _____

(b) ¿Cuáles son las limitaciones actuales (físicas y/o mentales)? _____

(c) ¿Qué restricciones tiene el paciente? _____

(d) Nombre del médico que emitió la referencia médica _____ Fecha de la próxima visita / /
MM DD AAAA

Impedimento físico: según la definición del Diccionario Federal de Título Ocupacionales

Clase 1: No hay limitación de capacidad funcional; capaz de hacer trabajo pesado.* No tiene restricciones. (0 – 10%)

Clase 2: Actividad manual mediana.* (13 – 30 %)

Clase 3: Ligera limitación de capacidad funcional; capaz de hacer trabajo ligero.* (35 – 50%)

Clase 4: Limitación moderada de capacidad funcional; capaz de hacer actividades secretariales/administrativas (sedentarias)*. (60 – 70%)

Clase 5: Limitación extrema de capacidad funcional: incapaz de hacer actividades mínimas (sedentarias)*. (75- 100%)

Comentarios: _____

Impedimento mental/nervioso (si corresponde)

¿Qué estrés y problemas con las relaciones interpersonales ha tenido el reclamante en el trabajo?

Clase 1: El paciente puede desempeñarse bajo estrés e involucrarse en relaciones interpersonales (no hay limitación).

Clase 2: El paciente puede desempeñarse en la mayoría de situaciones de estrés e involucrarse en relaciones interpersonales (limitación ligera).

Clase 3: El paciente puede desempeñarse en situaciones de estrés e involucrarse en relaciones interpersonales limitadas solamente (limitación moderada).

Clase 4: El paciente es incapaz de desempeñarse en situaciones de estrés e involucrarse en relaciones interpersonales (limitación grave).

Clase 5: El paciente ha perdido significativamente su capacidad de adaptación psicológica, fisiológica, personal y social (limitación extrema).

Comentarios: _____

Firma del médico	Fecha (MM/DD/AAAA)
Nombre y dirección del médico (incluir código postal)	Número de teléfono ()
	Número de fax ()