



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

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Arkansas, Louisiana y West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio, o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento.

Atención residentes de California: toda persona que conscientemente presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal.

Atención residentes de Colorado: Proporcionar información falsa, incompleta o hechos o información engañosos a sabiendas a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía es un acto ilegal. Las sanciones correspondientes pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o apoderado de una compañía de seguros que proporcione información falsa, incompleta o hechos o información engañosos al titular de una póliza o reclamante, a sabiendas, con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en relación a un convenio o adjudicación de pago por los recaudos del seguro, será reportado a la División de Seguros de Colorado del departamento de agencias reguladoras.

Atención residentes de Florida: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar al asegurador presente una declaración de un reclamo o solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito de tercer grado.

Atención residentes de Kansas: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente un formulario de inscripción de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá violado la ley del Estado.

Atención residentes de Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Maine y Tennessee: La proporción de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía es un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de 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 sujeto a multas y reclusión en una prisión.

Atención residentes de New Jersey: Cualquier persona que incluya cualquier información falsa o engañosa en una solicitud de seguro o, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa, quedará sujeta a sanciones penales o civiles.

Atención residentes de North Carolina: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Ohio y Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador hace una declaración para recibir beneficios de una póliza de seguros con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito mayor.

Atención residentes de Oregon: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá violado la ley del Estado.

Atención residentes de Puerto Rico: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o induzca a presentar un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presenta más de un reclamo por la misma pérdida o daño, estará cometiendo un delito mayor y si se le dictamina culpable será sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000); o con encarcelamiento durante un período fijo de tres (3) años, o con ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias mitigantes, el período de encarcelamiento podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Atención residentes de Vermont: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Washington: La proporción de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de 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 ()