aetna®

Seguro de incapacidad a corto plazo Solicitud de incapacidad del empleado

Envíe este formulario completado a:

Aetna Voluntary Plans
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

Fax: 1-859-455-8650
Phone: 1-866-292-3374

Internal Use	
Office Key Code	128

- Llene este formulario cuando su ausencia por incapacidad exceda el período 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)
Direccion (incluye código postal)		Número de teléfono durante el día ( )	¿Ha sido descontinuado su empleo y/o está actualmente separado de su empleo? ☐ No ☐ Sí
Ingreso básico Semanal $ _____ Mensual $ _____	Descripción de deberes laborales:	¿Está actualmente empleado en otro lugar? ☐ No ☐ Sí	Género ☐ Hombre ☐ Mujer

3. Información de reclamo

¿La ausencia está relacionada con el trabajo? ☐ No ☐ Sí	¿El reclamo está relacionado con un accidente? ☐ No ☐ Sí Si sí, fecha _____ hora _____ ☐ a.m. ☐ 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. 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

5. Información falsa

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio, o que a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión, o ambas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación.** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en una prisión estatal. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **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 consistir en arresto, multas, denegación del seguro e indemnizaciones por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con 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 agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 y Misuri:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención **de defraudar a alguna** compañía de seguro o a otra persona, presente 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 de fraude al seguro, lo cual constituye un delito. **Atención, residentes de Luisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **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 consistir en arresto, multas o la denegación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en 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 alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ESTO ES UNA ADVERTENCIA. Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **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 recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona 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). También podrá ser encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender 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 Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye 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 agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 de fraude al seguro. Esto 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 pueden consistir en arresto, multas o la denegación 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 __/__/____ (MM DD AAAA) A __/__/____ (MM DD AAAA)	Fecha de incapacidad parcial Desde __/__/____ (MM DD AAAA) A __/__/____ (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	Para los servicios relacionados con la hospitalización, indique fechas de hospitalización
__/__/____ (MM DD AAAA)	Admisión __/__/____ (MM DD AAAA) Alta __/__/____ (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 __/__/____ (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 lijero.* (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 ( )