



INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SOLICITUD DE BENEFICIOS

LLENAR EN LETRA DE MOLDE

Enviar este formulario a:

GROUP LIFE CLAIMDEPARTMENT
The Union Labor Life Insurance Company
8403 Colesville Road • Silver Spring, MD 20910
Teléfono: (202) 682-6768 • Fax: (202) 962-2939
Línea gratuita: (866) 795-0680

INSTRUCCIONES

1. El miembro debe completar todas las preguntas indicadas en la solicitud, o su representante legal debidamente designado deberá llenarlas si el miembro es incapaz de hacerlo o si está totalmente incapacitado.
2. La Declaración del Médico Tratante debe ser completada por el médico; todas las preguntas deben ser contestadas.
3. Revise el formulario para que se asegure de que toda las preguntas pertinentes hayan sido contestadas antes de remitir la reclamación y así evitar demoras innecesarias en el procesamiento de la reclamación.
4. Someta TODAS las páginas completadas de este formulario.

Declaración del titular de la póliza (Solo para ser completado por el Administrador del Plan o Fondo)

El miembro estaba en regla en esta organización desde _____ hasta _____
(Fecha) (Fecha)

Nombre del asegurado: _____ N.º de Seguro Social _____ Monto del Beneficio: \$ _____

N.º de póliza: G _____ Nombre del titular de póliza: _____

Certificamos que el miembro era elegible para el seguro al comienzo de la incapacidad y que dicho seguro terminará el _____
Fecha

Firma: _____
(Administrador del Fondo o Plan)

Esta página fue dejada en blanco intencionalmente

AVISOS DE FRAUDE

Arkansas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de 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 confinamiento en prisión.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente figure en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un crimen y podrá estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proveer, a sabiendas, hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, provea hechos o información falsa, incompleta o engañosa a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera con los ingresos del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proveer información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proveyó información falsa que está sustancialmente relacionada a una reclamación.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a alguna aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Luisiana: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Maryland: Cualquier persona que deliberada o voluntariamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o voluntariamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es

culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTE PARA PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACION FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÁ ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Nueva Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa, estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva York: Cualquier 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 reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicha reclamación, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona será sometida a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación para cada una de dichas violaciones.

Pensilvania: 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 una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o, con el propósito de engañar, oculte información que contenga hechos esenciales de dicha reclamación, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona será sometida a sanciones penales y civiles.

Rhode Island: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Washington: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen prisión, multas y la denegación de los beneficios del seguro.



**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
SOLICITUD DE BENEFICIOS**

Enviar este formulario a:
GROUP LIFE CLAIMDEPARTMENT
The Union Labor Life Insurance Company
8403 Colesville Road • Silver Spring, MD 20910
Teléfono: (202) 682-6768 • Fax: (202) 962-2939
Línea gratuita: (866) 795-0680

AVISOS DE FRAUDE (continuación)

Para todos los demás estados: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, actuando por su cuenta o en confabulación con cualquier otra, a sabiendas y con la intención de defraudar, perjudicar o engañar a alguna compañía de seguros, someta una reclamación o solicitud que contenga información falsa, engañosa o incompleta, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles, o a la denegación de los beneficios.

Doy fe de que he revisado, comprendido y acepto las advertencias de fraude:

Firma: X _____ Fecha: _____
Reclamante o Representante Legal Debidamente Nombrado



SOLUTIONS FOR THE UNION WORKPLACE

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SOLICITUD DE BENEFICIOS

Enviar este formulario a:

GROUP LIFE CLAIMDEPARTMENT
The Union Labor Life Insurance Company
8403 Colesville Road • Silver Spring, MD 20910
Teléfono: (202) 682-6768 • Fax: (202) 962-2939
Línea gratuita: (866) 795-0680

A SER COMPLETADO POR EL MIEMBRO o REPRESENTANTE LEGAL

Número de póliza: G- _____

Nombre del miembro _____

Nombre del último empleador _____

Dirección del domicilio _____

Dirección del empleador _____

Ciudad, Estado Código Postal _____

Número telefónico _____

Ciudad, Estado Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____

N.º de Seguro Social _____

Ocupación _____

Última fecha en que trabajó _____

Anticipa regresar a trabajar: Sí No De ser sí, ¿cuándo? _____
Fecha

Fecha en que comenzó la incapacidad _____

Causa de la incapacidad (si fue un accidente, especifique cuándo y cómo ocurrió) _____

¿Ha realizado alguna ocupación o negocio desde el comienzo de esta incapacidad?

De ser sí, describa: _____

Nombre del médico actual _____

Nombre del hospital (si está recluso ahora o lo estuvo en el pasado) _____

Dirección completa _____

Dirección completa _____

Fecha en que fue tratado por primera vez para esta incapacidad _____

Fecha en que fue tratado por última vez para esta incapacidad _____

Fecha de admisión _____

Fecha de alta _____

Si no fue hospitalizado, estuvo recluso en: _____

CASA
 Sí NO
CAMA
 Sí NO

Si no estuvo recluso, ¿qué actividades puede realizar, si alguna? _____

Condiciones médicas actuales/diagnóstico primario _____

Fecha del 1er síntoma: _____

Condición/diagnóstico secundario _____

Describa sus limitaciones médicas actuales y por qué no puede realizar ningún trabajo. _____

¿Su condición refleja alguna mejoría? _____

Proporcione el nombre y la dirección de cualquier otro médico que pueda proveer información sobre su incapacidad:

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Indique la fuente y el monto de los ingresos actuales provenientes de otras pólizas de seguro: _____

Indique la compañía de seguros bajo la cual recibe una Exención de Prima o Beneficio de Ingresos debido a una incapacidad: _____



INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SOLICITUD DE BENEFICIOS

Enviar este formulario a:

GROUP LIFE CLAIMDEPARTMENT

The Union Labor Life Insurance Company

8403 Colesville Road • Silver Spring, MD 20910

Teléfono: (202) 682-6768 • Fax: (202) 962-2939

Línea gratuita: (866) 795-0680

A MÉDICOS O FACULTATIVOS, HOSPITALES, CLÍNICAS, FARMACÉUTICOS, COMPAÑÍAS DE SEGUROS, OFICINAS DE INFORMACIÓN MÉDICA, EMPLEADORES Y OTRAS PERSONAS O INSTITUCIONES: Esto le autoriza a entregar a The Union Labor Life Insurance Company, o a su representante autorizado que está empleado para ayudar en la evaluación de mi reclamación, cualquier información, datos o registros que tenga sobre mí o mi salud, incluyendo historial médico, diagnóstico, pronóstico, tratamiento de cualquier condición física o mental, e incluyendo información sobre una condición psiquiátrica o uso de drogas o alcohol. Cualquier información no médica que se solicite sobre mí para determinar mi elegibilidad para los beneficios del seguro, incluidos aspectos tales como mi educación, historial laboral, otras reclamaciones que he presentado y mi elegibilidad para otros beneficios.

ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA SERÁ UTILIZADA PARA DETERMINAR MI ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS DEL SEGURO. Entiendo y acepto que esta autorización permanecerá en vigor mientras dure mi reclamación de beneficios de The Union Labor Life Insurance Company. Acepto que se pueda utilizar una fotocopia de esta autorización para obtener información. Entiendo que se me proporcionarán copias adicionales si las solicito. Por la presente certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y completas según mi leal saber y entender.

Firma del asegurado o del representante legal debidamente designado: _____ Fecha: _____

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD ("HIPAA", por sus siglas en inglés)

Autorización para obtener y divulgar información

Por la presente autorizo a todas las personas y organizaciones enumeradas a continuación a proporcionar a The Union Labor Life Insurance Company y sus representantes autorizados, incluidos agentes y organizaciones de apoyo de seguros (colectivamente, el "Destinatario"), la siguiente información:

- toda la información relacionada con mi salud y mis pólizas de seguro y reclamaciones, incluida, entre otras, la información relacionada con consultas médicas, tratamientos o cirugías; hospitalizaciones por condiciones físicas y mentales; uso de drogas o alcohol; y enfermedades transmisibles, incluido el VIH o el SIDA.

Por la presente autorizo a la siguiente entidad a proporcionar la información descrita anteriormente:

- cualquier médico o facultativo;
- cualquier hospital, clínica u otro centro de atención médica;
- cualquier compañía de seguros o reaseguros (incluido el Destinatario a los efectos de divulgar información relacionada con las otras pólizas de seguro que me brindan cobertura de seguro);
- cualquier agencia de informes del consumidor u organización de apoyo de seguros;
- mi empleador, el titular de la póliza grupal o el administrador del plan de beneficios; y
- la Oficina de Información Médica (MIS, por sus siglas en inglés).

Entiendo que la información obtenida será utilizada por el Destinatario para:

- determinar mi elegibilidad para los beneficios y la impugnación de una póliza de seguro médico.

Por la presente reconozco que las compañías de seguros enumeradas anteriormente están sujetas a las regulaciones federales de privacidad.

Entiendo que la información divulgada al Destinatario se utilizará y divulgará como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información de Salud de Union Labor Life Company, pero que tras la divulgación a cualquier persona u organización que no sea un plan de salud o proveedor de atención médica, la información puede que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado acción en base a esta autorización u otra ley que permita al Destinatario impugnar una reclamación bajo la póliza o impugnar la póliza en sí, enviando una solicitud por escrito a: The Union Labor Life Insurance Company, 8403 Colesville Road Silver Spring, MD 20910. Entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará el uso y divulgación de mi información médica por parte del Destinatario para propósitos de la administración de reclamaciones y otros asuntos relacionados con mi reclamación de beneficios bajo la cobertura de seguro y la administración de dicha póliza.

Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria; sin embargo, si no firmo la autorización, es posible que las Compañías no puedan obtener la información médica necesaria para considerar mi reclamación de beneficios.

Esta autorización será válida por 24 meses o por la duración de cualquier reclamación de beneficios bajo mi cobertura de seguro, lo que ocurra más tarde. Una copia de esta autorización será tan válida como el original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Nombre del asegurado

Fecha

Firma del asegurado o representante personal del asegurado

Descripción de la autoridad del representante personal (si aplica)



INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
SOLICITUD DE BENEFICIOS
Declaración del Médico Tratante

Página 1 de 2

Enviar este formulario a:
GROUP LIFE CLAIMDEPARTMENT
The Union Labor Life Insurance Company
8403 Colesville Road • Silver Spring, MD 20910
Teléfono: (202) 682-6768 • Fax: (202) 962-2939
Línea gratuita: (866) 795-0680

Declaración de Incapacidad del Médico Tratante ** EL PACIENTE ES RESPONSABLE DE QUE SE COMPLETE ESTE FORMULARIO SIN COSTO PARA LA COMPAÑÍA**

Nombre del paciente: Edad: Últimos 4 dígitos del Seguro Social:
Dirección actual: Ciudad: Estado: Cód. Postal:

Historial

Fecha en que los síntomas se presentaron por primera vez o en que ocurrió el accidente:
Fecha en que el paciente dejó de trabajar debido a la incapacidad:
¿El paciente alguna vez ha tenido una condición similar?
¿La condición se debe a una lesión o enfermedad a consecuencia del empleo del paciente?
Nombres y direcciones de otros médicos tratantes:

Diagnóstico (incluyendo cualquier complicación)

Fecha del último examen: Diagnóstico (incluyendo cualquier complicación):
Diagnóstico secundario (si aplica)
Síntomas subjetivos:
Hallazgos objetivos (incluyendo radiografías, electrocardiogramas, fechas de pruebas de laboratorio y otros hallazgos clínicos):

Fechas de tratamiento

Fecha de la primera visita: Fecha de la última visita:
Frecuencia de las visitas:
Naturaleza del tratamiento (incluya cirugías y medicamentos recetados, si alguno):

Progreso

Condición del paciente:
El paciente está:
Si está recluso en el hospital, provea el nombre y la dirección del hospital:
Recluso desde (fecha) hasta

Especifique la condición actual sobre lo siguiente:

- I. Cardíaca
Capacidad funcional:
Presión arterial (última visita)
II. Visual
Si la reclamación es por pérdida de la vista, ¿cuál es la agudeza visual del paciente?
¿La pérdida es total y permanente?
¿La pérdida se debe a un accidente?
De ser sí, ¿en qué grado?
III. Física
Clase 1 - Sin limitación de la capacidad funcional; capaz de realizar trabajo pesado. Sin restricciones (0 - 10 %)
Clase 2 - Actividad manual media (15 - 30%)
Clase 3 - Limitación leve de la capacidad funcional; capaz de realizar trabajo ligero (35 - 55 %)
Clase 4 - Limitación moderada de la capacidad funcional; capaz de realizar actividades clericales/administrativas (sedentarias) (60-70 %)
Clase 5 - Limitación severa de la capacidad funcional; incapaz de realizar actividades mínimas (sedentarias) (75-100 %)
Observaciones:



INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
SOLICITUD DE BENEFICIOS
Declaración del Médico Tratante

Página 2 de 2

Enviar este formulario a:
GROUP LIFE CLAIMDEPARTMENT
The Union Labor Life Insurance Company
8403 Colesville Road • Silver Spring, MD 20910
Teléfono: (202) 682-6768 • Fax: (202) 962-2939
Línea gratuita: (866)795 0680

Declaración de Incapacidad del Médico Tratante ** EL PACIENTE ES RESPONSABLE DE QUE SE COMPLETE ESTE FORMULARIO SIN COSTO PARA LA COMPAÑÍA**
(Continuación)

Nombre del paciente: Edad: Últimos 4 dígitos del Seguro Social:

IV. Mental/Nerviosa

- Clase 1 – El paciente puede funcionar bajo estrés y entablar relaciones interpersonales (sin limitaciones)
Clase 2 – El paciente puede funcionar en la mayoría de situaciones de estrés y participar en la mayoría de las relaciones interpersonales (limitaciones leves)
Clase 3 – El paciente solo puede participar en situaciones de estrés limitadas y relaciones interpersonales limitadas (limitaciones moderadas)
Clase 4 – El paciente no puede participar en situaciones de estrés o entablar relaciones interpersonales (limitaciones marcadas)
Clase 5 – El paciente tiene una pérdida significativa de adaptación psicológica, fisiológica, personal y social (limitaciones severas)

Observaciones

¿Usted cree que el paciente es competente para endosar cheques y dirigir el uso de los fondos de los mismos? Sí No

Pronóstico

¿El paciente está incapacitado al presente? Sí No OCUPACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE CUALQUIER OTRA OCUPACIÓN

¿Qué tareas del trabajo del paciente es éste incapaz de realizar?

¿Espera un cambio fundamental o marcado en el futuro? Sí No Sí No

De ser sí, ¿cuándo se recuperará el paciente lo suficiente como para realizar las tareas? Fecha: Fecha:

De ser no, explique:

1 mes 1 – 3 meses 3 – 6 meses 6 – 9 meses 9 – 12 meses NUNCA

Rehabilitación

¿Es el paciente un candidato adecuado para más servicios de rehabilitación? (Por ejemplo: programa cardiopulmonar, terapia del habla, etc.) Sí No

¿Se puede modificar el trabajo actual para permitir que se lleve realice con discapacidad? Sí No

¿Cuándo podría comenzar el empleo de prueba? OCUPACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE CUALQUIER OTRA OCUPACIÓN
Fecha: Fecha:

Tiempo completo Tiempo parcial Tiempo completo Tiempo parcial

¿Se recomendaría asesoramiento y/o reentrenamiento vocacional? Sí No

Observaciones:

Nombre del médico en letra de molde: Especialidad:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono:

Firma: X

Fecha de la firma: