

FORMULARIO DE RECLAMO POR INCAPACIDAD



PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO
(COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS QUE CORRESPONDAN)

MARQUE LOS BENEFICIOS SOLICITADOS: Incapacidad de corto plazo (Pagada por la Universidad)
 Incapacidad suplementaria (Pagada por el empleado)
 Número de póliza de grupo de la Universidad de California 037972

Group Market Disability Claims
 Liberty Life Assurance Company of Boston
 P.O. Box 7209
 London, KY 40742-7209
 Phone No.: 1-800-838-4461
 Fax No.: 1-877-664-7264

Nombre del empleado		Núm. de seguro social del empleado																																																								
Dirección Calle		Ciudad	Estado	Código postal																																																						
Teléfono casa ()	Teléfono trabajo ()	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento																																																							
Nombre del empleador UCSD Campus		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Pareja en unión libre																																																								
Nombre del cónyuge / Pareja en unión libre			Fecha de nacimiento del cónyuge / Pareja en unión libre																																																							
Lista de nombres y fechas de nacimiento de los hijos no casados que aún no hayan finalizado la preparatoria (menores de 19 años)				Núm. de personas que dependen del trabajador																																																						
Tratado por: (Indique los nombres de TODOS los médicos que lo trataron, utilice una hoja adicional de ser necesario)																																																										
HOSPITAL																																																										
Nombre		Calle Dirección	Ciudad / Estado / Código postal																																																							
MÉDICO																																																										
Nombre		Calle Dirección	Ciudad / Estado / Código postal																																																							
Núm. telefónico del médico ()																																																										
Fecha de inicio de la enfermedad o lesión	Primera fecha de tratamiento	Fecha del último día trabajado	Fecha de reincorporación al trabajo																																																							
¿Su enfermedad o lesión está relacionada con su ocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "Sí" proporcione información detallada: ¿Ha presentado o planea presentar una demanda de Indemnización por accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																																								
Describa cómo y cuándo se produjo la lesión o describa la aparición y la naturaleza de su enfermedad.																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Identifique los ingresos adicionales que se encuentre recibiendo o para los cuales haya presentado solicitud:</th> <th>Cantidad por Semana / Mes</th> <th>Fecha de inicio de ingresos</th> <th>Fecha de terminación de ingresos</th> <th>Fecha en la que solicitó los ingresos</th> </tr> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Tipo</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sueldo, salario o compensación por despido</td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Seguro social (incapacidad o jubilación)</td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Seguro de incapacidad otorgado por el estado</td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Jubilación (normal, anticipada o por incapacidad)</td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Indemnización por accidente de trabajo</td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Incapacidad grupal</td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Otro (indique) _____</td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>					Identifique los ingresos adicionales que se encuentre recibiendo o para los cuales haya presentado solicitud:		Cantidad por Semana / Mes	Fecha de inicio de ingresos	Fecha de terminación de ingresos	Fecha en la que solicitó los ingresos	Sí	No	Tipo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sueldo, salario o compensación por despido	\$ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro social (incapacidad o jubilación)	\$ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de incapacidad otorgado por el estado	\$ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jubilación (normal, anticipada o por incapacidad)	\$ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indemnización por accidente de trabajo	\$ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incapacidad grupal	\$ _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (indique) _____	\$ _____	_____	_____
Identifique los ingresos adicionales que se encuentre recibiendo o para los cuales haya presentado solicitud:		Cantidad por Semana / Mes	Fecha de inicio de ingresos	Fecha de terminación de ingresos	Fecha en la que solicitó los ingresos																																																					
Sí	No	Tipo																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sueldo, salario o compensación por despido	\$ _____	_____	_____																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro social (incapacidad o jubilación)	\$ _____	_____	_____																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de incapacidad otorgado por el estado	\$ _____	_____	_____																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jubilación (normal, anticipada o por incapacidad)	\$ _____	_____	_____																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indemnización por accidente de trabajo	\$ _____	_____	_____																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incapacidad grupal	\$ _____	_____	_____																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (indique) _____	\$ _____	_____	_____																																																					
Si su solicitud de beneficios por incapacidad es aprobada, los primeros \$800.00 se consideran como ingresos sujetos a impuestos. Los beneficios por incapacidad que excedan \$800.00 no se consideran ingresos sujetos a impuestos ya que ese monto es el resultado de las contribuciones del empleado al Plan adicional de incapacidad (Supplemental Disability Plan). ¿Solicita la retención voluntaria de un impuesto federal sobre ingresos para cada pago de beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retención de una cantidad entera en dólares con base en el modo de pago por incapacidad (quincenal), o \$ _____ quincenal (\$40.00 min.). ¿Solicita la retención voluntaria de un impuesto estatal sobre ingresos para cada pago de beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retención de \$ _____ (\$10.00 mínimo) para el Estado de _____ Firma: _____ Fecha: _____																																																										

DEPARTAMENTO DE LA UNIVERSIDAD EN DONDE SE EXPIDE SU CHEQUE DE PAGO: _____

POR FAVOR, LEA EL DORSO Y FIRME EN EL LUGAR INDICADO

LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, FIRME Y ESCRIBA LA FECHA EN LA PARTE INFERIOR

La información que he suministrado es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Comprendo que toda copia fotostática de este formulario tendrá la misma validez que el original. Asimismo, comprendo que toda persona que, deliberadamente o con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración o demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un acto delictivo castigado por la ley.

EMPLEADOS DE CALIFORNIA: Para su protección, las leyes de California exigen la inclusión de la siguiente información en este formulario: Toda persona que presente deliberadamente una demanda de pago de siniestros falso o fraudulento será culpable de un acto delictivo y quedará sujeta a multas y a reclusión en prisiones estatales.

EMPLEADOS DE COLORADO: La ley prohíbe suministrar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el objeto de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones penales que se aplican a estos delitos son, entre otras, prisión, multas, denegación del seguro y pago por daños y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros, o sus agentes, que suministren deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a un titular de póliza o demandante con el objeto de defraudarlo o intentar defraudarlo respecto de una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro, deberán ser denunciados a la división de seguros del departamento de agencias normativas de Colorado.

EMPLEADOS DE DELAWARE: Se considerará culpable de actos fraudulentos contra el seguro a toda persona que deliberadamente, por acción u omisión o con el fin de damnificar, defraudar o engañar: prepare, presente u origine la presentación ante una compañía aseguradora de una declaración verbal o escrita y de todo documento generado por computadora como parte de o para respaldar un reclamo de pago u otros beneficios en virtud de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa respecto de los hechos fundamentales de los reclamos.

EMPLEADOS DE FLORIDA: Comprendo que toda persona que deliberadamente o con la intención de damnificar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración o reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será responsable de un delito de tercer grado.

EMPLEADOS DE KENTUCKY: Comprendo que toda aquella persona que deliberadamente y con el fin de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa u oculte, con el objeto de engañar, información concerniente a hechos fundamentales, cometerá un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un crimen.

EMPLEADOS DE MINNESOTA: Toda persona que remita una solicitud o presente un reclamo con la intención de defraudar o ayudar a cometer un acto fraudulento contra una aseguradora será culpable de un delito.

EMPLEADOS DE NEW JERSEY: Toda persona que deliberadamente presente una declaración que contenga información falsa o engañosa quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

EMPLEADOS DE NEW YORK: Toda persona que deliberadamente y con el fin de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información falsa u oculte, con el objeto de engañar, información concerniente a hechos fundamentales, cometerá el delito de acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un crimen, y quedará sujeta a sanciones civiles que no podrán exceder los cinco mil dólares y el valor estipulado en el reclamo para cada infracción.

EMPLEADOS DE NORTH CAROLINA: Toda persona que, con la intención de damnificar, defraudar o engañar a una aseguradora o reclamante de una aseguradora: presente u origine la presentación de una declaración oral o escrita, incluyendo documentos generados por computadora, como parte de, en respaldo de, o en oposición a un reclamo de pago u otros beneficios en virtud de una póliza de seguro, a sabiendas de que la declaración contiene información falsa o engañosa respecto de hechos fundamentales o que asista, instigue, ofrezca o conspire con otra persona para preparar o hacer cualquier declaración oral o escrita que se pretenda presentar a una aseguradora o reclamante de una aseguradora relacionada con, en respaldo de, o en oposición a un reclamo de pago u otros beneficios en virtud de una póliza de seguro, a sabiendas de que la declaración contiene información falsa o engañosa respecto de hechos fundamentales, será culpable de un delito.

EMPLEADOS DE OHIO: Comprendo que toda persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga información falsa o declaraciones engañosas será culpable de fraude contra la aseguradora.

EMPLEADOS DE OKLAHOMA: Comprendo que toda persona que deliberadamente y con la intención de damnificar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, realice un reclamo de fondos de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave.

EMPLEADOS DE PENNSYLVANIA: Toda persona que deliberadamente y con el fin de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información falsa u oculte información concerniente a hechos fundamentales con el objeto de engañar, cometerá un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un crimen, y quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ **FECHA DE LA FIRMA:** _____