

Formulario de Reclamación de Incapacidad



Su reclamación del Beneficio de Incapacidad

Este formulario contiene las formas necesarias para solicitar los beneficios de Incapacidad. Cada sección de este formulario debe ser completada para evitar la demora en el proceso de su solicitud. Si una sección no aplica o la información no está disponible, escriba "N/A" en el espacio para que sepamos que no paso por alto la pregunta. Si el formulario esta incompleto le será regresado para que lo complete en su totalidad.

Como solicitar los beneficios

El Formulario de Reclamación de Incapacidad incluye las formas de reclamos y una autorizacion

1. Declaración del Solicitante

- Conteste todas las preguntas en su totalidad. Asegúrese de completar la sección apropiada para lesiones y/o enfermedades. Si la pregunta no es aplicable, escriba "NA" en la misma.
- Utilice una página adicional si es necesario para proveer las respuestas completas. Recuerde firmar e indicar la fecha en su declaración. Si la declaración no es firmada o fechada, le será regresada.

2. La Autorización para Obtener y Divulgar Notas de Psicoterapia y Otra Información.

- Si ha sido tratado por un psiquiatra, psicoterapeuta, psicólogo, trabajador social clínico, etc., o ha recibido tratamiento por un problema de salud mental, firme y devuelva el formulario de Autorización para Obtener y Divulgar Notas de Psicoterapia.
- Usted recibirá copias de dichas autorizaciones si así lo requiere.

3. Declaración del Médico de atención

- Parte A – Debe ser completada por usted.
- Debe ser completada por su Médico. Si usted ha sido atendido por más de un Médico por su Incapacidad, una Declaración debe ser completada por cada Médico. Puede solicitar formularios adicionales al Administrador, MWG International. Su (sus) Médico (s) debe enviar la Declaración completada al Administrador por correo, fax o correo electrónico.

4. Para Reportar & Presentar su Reclamación

La notificación de una reclamación debe ser dada dentro de los treinta (30) días a partir del inicio de la Incapacidad o el Accidente que resulte en una Incapacidad. La Notificación de Reclamación debe ser dada por escrito y enviada vía fax, correo electrónico o por correo postal a:

MWG International
3191 Coral Way, 7th Floor, Miami, Florida 33145
Fax: (305) 442-0899, Correo Electrónico: customerservice@morganwhiteintl.com

Usted es responsable de asegurarse de que se completen y envíen todos los formularios necesarios a nuestra oficina. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Cliente al (305) 442-0899.

Iniciales: _____

1. Reclamante

Nombre Completo	Altura	Peso	Sexo	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad	País	Código Postal	
No. de Póliza			No. de Teléfono	

2. Información del Empleador

Nombre del Empleador			
Dirección	Ciudad	País	Código Postal
No. de Teléfono			
Indique su ocupación y describa sus actividades laborales			
Está su Incapacidad relacionada con sus actividades laborales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de ocurrida la lesión o la enfermedad	Ultimo día completo en el trabajo	
Fecha en la que usted resultó incapacitado para efectuar las labores de su ocupación como resultado de la Incapacidad			
¿Está actualmente trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Si su respuesta es afirmativa, liste los nombres del empleador, dirección, números de teléfono y fechas de empleo</i>			
¿Trabaja por cuenta propia en cualquier actividad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Fecha en que reanudó las actividades laborales a tiempo parcial	No. de Teléfono	Extensión	
Fecha en que reanudó las actividades laborales a tiempo completo	No. de Teléfono	Extensión	

3. Enfermedades *Por favor liste las enfermedades que contribuyeron a que usted no pueda trabajar en su ocupación.*

Enfermedad	Fecha de la primera notificación
Enfermedad	Fecha de la primera notificación
Por favor indique lo que usted cree que causó la (s) enfermedad (es)	
Síntomas	
Ha tenido usted estos síntomas o alguna enfermedad relacionada con los mismos, anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha

4. Lesión

Lesión	Fecha y hora	Ubicación
Causa de la lesión		

Iniciales: _____

5. Médico de Atención *Liste todos los Médicos que ha consultado por esta lesión o enfermedad. Use una página separada, si fuera necesario.*

Nombre del Médico	Especialidad	Número de Teléfono	
Dirección	Ciudad	País	Código Postal
Número de fax	Fecha de la primera consulta por esta lesión o enfermedad	Fecha de la última consulta	
Nombre del Médico	Especialidad	Número de Teléfono	
Dirección	Ciudad	País	Código Postal
Número de Fax	Fecha de la primera consulta por esta lesión o enfermedad	Fecha de la última consulta	

6. Hospital *Si usted ha estado hospitalizado por esta condición, por favor complete esta sección. Adjunte copia de las facturas del Hospital si están disponibles.*

<i>Enfermedad</i>	<i>Fecha</i>	<i>Nombre del Médico</i>	<i>Dirección Completa</i>

7. Experiencia Laboral *Complete la siguiente sección comenzando con su experiencia laboral más reciente.*

Título del empleo & empleador	Fechas de Empleo	Ultimo Salario
Actividades Laborales		
Título del empleo & empleador	Fechas de Empleo	Ultimo Salario
Actividades Laborales		
Título del empleo & empleador	Fechas de Empleo	Ultimo Salario
Actividades Laborales		
Título del empleo & empleador	Fechas de Empleo	Ultimo Salario
Actividades Laborales		
Título del empleo & empleador	Fechas de Empleo	Ultimo Salario
Actividades Laborales		

Por la presente certifico que las respuestas dadas a las preguntas de esta declaración son verdaderas , completas y correctas. Certifico que he leído la cláusula de fraude abajo mencionada.

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Cualquier persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a la Compañía de Seguro u otras personas, envíe archivos con declaraciones falsas o engañosas en relación a cualquier hecho esencial del presente , comete un acto fraudulento de seguro que esta sujeto a sanciones penales y/o civiles.

Autorización para Obtener y Liberar Información

Autorizo a estas personas que tienen algún registro o conocimiento de mi persona o mi salud

- Cualquier Médico, practicante de medicina o proveedor de salud
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otra facilidad o asociación de salud o relacionada a la medicina
- Cualquier Compañía de Seguro o Compañía de Anualidades
- Cualquier empleador, dueño de póliza o patrocinador de plan
- Cualquier organización o entidad administrativa de beneficios (incluyendo beneficios legales) o programa de anualidades
- Cualquier organización o programa educacional, vocacional o consejero de rehabilitación
- Cualquier agencia de informes del consumidor, institución financiera, contador o preparador de impuestos
- Cualquier agencia de gobierno

A proveer la siguiente información:

- Informes, notas, rayos-x, reportes operatorios, archivos de laboratorios y medicamentos así como toda la información médica acerca de mi persona, incluyendo historial médico, diagnósticos, exámenes y resultados de los exámenes. Pronóstico y tratamiento de la condición mental o física, incluyendo:
 - Cualquier desorden del sistema inmunológico, incluyendo HIV, Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o síndromes y complejos relacionados
 - Cualquier enfermedad transmisible o desorden
 - Cualquier condición psiquiátrica o fisiológica, incluidos los resultados de las pruebas, pero excluyendo las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia no incluyen un resumen del diagnóstico, el estado funcional, el plan de tratamiento, los síntomas, el pronóstico y el progreso hasta la fecha
 - Cualquier condición, tratamiento o terapia relacionada al abuso de sustancias, incluyendo alcohol y drogas
 - Cualquier información no-médica solicitada acerca de mi persona, incluyendo asuntos como la educación, historial de empleo, ingresos o finanzas, discusiones y evaluaciones acerca del regreso al trabajo

A AmFirst Insurance Company, AmFirst Life Insurance Company I.I., Monitor Life Insurance, Lloyd's de Londres y MWG International (denominado "Administrador") sus representantes autorizados (a los que se refieren como "Compañías" individual y colectivamente) y mi empleador.

- Entiendo que cualquier acuerdo que he efectuado para restringir mi información no aplica a esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas arriba a liberar y desglosar todos mis archivos médicos sin restricción
- Entiendo que cada una de las Compañías y/o el Administrador recopilarán mi información solo si están administrando o decidiendo mi (s) reclamo (s) por incapacidad y usaran la información para determinar mi elegibilidad o derecho a los beneficios
- Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración escrita a la Compañía o al Administrador, salvo en la medida en que la autorización ha sido invocada para liberar registros solicitados. La revocación de la autorización, o la falta de firmar la autorización, puede perjudicar la capacidad de las Compañías y/o el Administrador de evaluar o procesar mi (s) reclamo (s) y podría ser base para denegar o cerrar mi (s) reclamo (s) para beneficios de incapacidad.
- Entiendo que en el curso del desarrollo de sus actividades, la Compañía y el Administrador podrían divulgar información acerca de mi persona a terceros. Podrían divulgar información al reasegurador, el Administrador del plan, patrocinador, o cualquier otra persona que este realizando negocios o proveyendo servicios legales en relación con mi (s) reclamo (s). Entiendo que las Compañías y el Administrador liberarán información que sea necesaria a mi empleador, necesario para la gestión de la vuelta al trabajo. Entiendo que la información divulgada a la conformidad de esta autorización esta sujeta a re-divulgación con mi autorización.
- Entiendo y acepto que esta autorización, que se utilizará para recopilar información, se mantendrá vigente a partir de la fecha en que se firma a continuación:
 - Para las Compañías, la duración de mi (s) reclamo (s) o 36 meses, lo que ocurra primero
 - Para el Administrador, la duración de mi (s) reclamo (s) o 36 meses, lo que ocurra primero
- Entiendo y acepto que las Compañías y/o el Administrador pueden compartir información entre ustedes con respecto a mi (s) reclamo (s) por incapacidad, esta autorización seguirá siendo válida por la duración de mi (s) reclamo (s) o 36 meses, lo que ocurra primero
- Entiendo que he leído esta autorización . Una fotocopia o fax de esta autorización es válida como si fuera el original y será entregada a mi persona si así lo solicito

Nombre (por favor imprima) _____ No. de Póliza _____

Firma del reclamante _____ Fecha _____

Si la firma es proveída por el representante legal (ej. Apoderado, tutor legal, etc.). Por favor adjunte la documentación indicando el estatus legal.

Autorización para Obtener y Liberar Notas de Psicoterapia

Autorizo a estas personas que tienen algún registro o conocimiento de mi persona o mi salud:

- Cualquier Médico, practicante de medicina o proveedor de salud
- Cualquier hospital, clínica, farmacia u otra facilidad o asociación de salud o relacionada a la medicina
- Cualquier Compañía de Seguro
- Cualquier empleador, dueño de póliza o patrocinador de plan
- Cualquier organización o entidad administrativa de beneficios (incluyendo beneficios legales) o programa de anualidades
- Cualquier organización o programa educacional, vocacional o consejero de rehabilitación
- Cualquier agencia de informes del consumidor, institución financiera, contador o preparador de impuestos
- Cualquier agencia de gobierno

A proveer la siguiente información:

- Notas del proveedor de servicio de salud quien es un profesional de salud mental, documentando y analizando el contenido de las conversaciones sostenidas durante las sesiones de asesoramiento privadas o en grupos, en conjunto, o las sesiones familiares de asesoramiento y que son separadas de el resto de los archivos médicos

A AmFirst Insurance Company, AmFirst Life Insurance Company I.I., Monitor Life Insurance, Lloyd's de Londres y MWG International (denominado "Administrador") sus representantes autorizados (a los que se refieren como "Compañías" individual y colectivamente) y mi empleador.

- Entiendo que cualquier acuerdo que he efectuado para restringir mi información no aplica a esta autorización e instruyo a las personas y organizaciones identificadas arriba a liberar y desglosar todos mis archivos médicos sin restricción
- Entiendo que cada una de las Compañías y/o el Administrador recopilarán mi información solo si están administrando o decidiendo mi (s) reclamo (s) por incapacidad y usaran la información para determinar mi elegibilidad o derecho a los beneficios
- Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración escrita a la Compañía o al Administrador, salvo en la medida en que la autorización ha sido invocada para liberar registros solicitados. La revocación de la autorización, o la falta de firmar la autorización, puede perjudicar la capacidad de las Compañías y/o el Administrador de evaluar o procesar mi reclamación (es) y podría ser base para denegar o cerrar mi reclamación (es) para beneficios de incapacidad.
- Entiendo que en el curso del desarrollo de sus actividades, la Compañía y el Administrador podrían divulgar información acerca mi persona a terceros. Podrían divulgar información a el reasegurador, el Administrador del plan, patrocinador, o cualquier otra persona que este realizando negocios o proveyendo servicios legales en relación con mi reclamación (es). Entiendo que las Compañías y el Administrador liberarán información que sea necesaria a mi empleador, necesario para la gestión de la vuelta al trabajo. Entiendo que la información divulgada a la conformidad de esta autorización esta sujeta a re-divulgación con mi autorización.
- Entiendo y acepto que esta autorización, que se utilizará para recopilar información, se mantendrá vigente a partir de la fecha en que se firma a continuación:
 - Para las Compañías, la duración de mi (s) reclamo (s) o 36 meses, lo que ocurra primero
 - Para el Administrador, la duración de mi (s) reclamo (s) o 36 meses, lo que ocurra primero
- Entiendo y acepto que las Compañías y/o el Administrador pueden compartir información entre ustedes con respecto a mi (s) reclamo (s) por incapacidad, esta autorización seguirá siendo válida por la duración de mi (s) reclamo (s) o 36 meses, lo que ocurra primero
- Entiendo que he leído esta autorización. Una fotocopia o fax de esta autorización es válida como si fuera el original y será entregada a mi persona si así lo solicito.

Nombre (por favor imprima) _____ No. de Póliza _____

Firma del reclamante _____ Fecha _____

Si la firma es proveída por el representante legal (ej. Apoderado, tutor legal, etc.). Por favor adjunte la documentación indicando el estatus legal.

Parte A Para ser completada por el Paciente

Nombre Completo	No. de paciente	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	País	Código Postal
No. de Póliza	No. De Teléfono		
Ocupación	Empleador		
Fecha en que regreso a trabajar	Fecha en que espera regresar al trabajo		

Parte B Para ser completada por el Médico tratante

El propósito de este formulario es ayudar a determinar si la condición clínica de su paciente es incapacitante. Proporcione documentación sobre el deterioro funcional, incluidos los datos de laboratorio y los resultados de pruebas especiales (radiografías, tomografía axial computarizada y electrocardiograma, etc.) Adjunte copias de los informes quirúrgicos pertinentes, historial de hospitalización, resúmenes de alta del médico, notas del cuadro e informes narrativos. El paciente es responsable de completar este formulario, sin gastos para las Compañías y/o el Administrador. **El formulario puede ser devuelto por preguntas sin respuesta.**

B1. Información

Diagnóstico primario		
Diagnóstico secundario		
Otro diagnóstico relacionado con esta reclamación		
Síntomas		
Estatura	Peso	Pulso
Presión arterial brazo derecho	Presión arterial brazo izquierdo	Mano Dominante <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha
Esta la condición primariamente relacionada con <input type="checkbox"/> Empleo del paciente <input type="checkbox"/> Desorden Menta <input type="checkbox"/> Condición de alcohol y drogas <input type="checkbox"/> Embarazo	<i>Si embarazo, fecha de parto esperada</i> Fecha en que se produjo el parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea Complicaciones Número de embarazos Nacidos vivos	

B2. Historia Declaración del Médico Tratante

Si el paciente le fue referido a usted, indique por quien fue referido			
Ha presentado el paciente alguna vez anterior , una condición similar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si su respuesta es afirmativa, indique cuándo		
Describa			
Fecha en que usted consulto al paciente por esta condición por primera vez	Por cualquier condición		
Fecha de tratamiento posterior	Fecha de la visita mas reciente		
Si el paciente ha sido hospitalizado, por favor provea las fechas. Admisión Alta			
Nombre del Hospital	Diagnóstico por el que fue admitido	Diagnóstico del alta hospitalaria	
Dirección del hospital	Ciudad	País	Código Postal

B3. Valoración *Continuación de la Declaración del Médico Tratante*

Fecha en que usted recomendó al paciente que debe dejar de trabajar	¿Por que?
Describa la condición física y mental del paciente, así como las limitaciones cognitivas y las limitaciones para efectuar las actividades laborales	
Cuanto tiempo a partir de la fecha de hoy las limitaciones arriba descritas podrían incapacitar al paciente?	
Es capaz el paciente de gestionar sus beneficios de seguro de incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si su respuesta es negativa, es el paciente capaz de asignar alguna persona que le ayude a gestionar sus beneficios de seguro de incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

B4. Tratamiento *Continuación de la Declaración del Médico Tratante*

Curso del tratamiento previsto. Por favor incluya, duración prevista, cirugías, terapias, etc			
Medicamentos prescritos: dosis, frecuencia y fecha de la prescripción:			
Haga una lista de otros médicos tratantes o referidos. Continuar en página separada, si fuera necesario.			
Nombre Completo		No. De Teléfono	
Dirección	Ciudad	País	Código Postal
Nombre Completo		No. De Teléfono	
Dirección	Ciudad	País	Código Postal
Que modificación razonable de trabajo o lugar de trabajo podría el empleador efectuar para ayudar al individuo a regresar a sus actividades laborales? Por favor especifique.			
Valoración y tratamiento complicado por:			
<input type="checkbox"/> Proceso de enfermedad			
<input type="checkbox"/> Desorden emocional o de conducta significativo tal como: <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Histeria			
<input type="checkbox"/> Exageraciones, hallazgos inconsistentes, quejas sometidas fuera de proporción con los hallazgos objetivos, observaciones extrañas y contradictorias.			
<input type="checkbox"/> Dependencia a Drogas / Medicamentos. Por favor especifique			
<input type="checkbox"/> Otro. Por favor describa			

Iniciales: _____

B5. Pronóstico *Continuación de la Declaración del Médico Tratante*

Describa la condición del paciente desde que comenzaron los síntomas: <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Mejorado <input type="checkbox"/> No ha cambiado <input type="checkbox"/> Empeoró		
¿Cuándo espera Usted un cambio fundamental o marcado en la condición del paciente? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Se espera que la condición empeore <input type="checkbox"/> Se espera que la condición mejore		
Indique la fecha prevista	no es posible determinar la fecha	no es posible determinarla porque
Fecha de seguimiento	Observaciones	

B6. Reconocimiento

Por este medio certifico que las respuestas hechas a las preguntas previamente descritas son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Nombre del Médico	Especialidad	No. De Teléfono	
Dirección	Ciudad	País	Código Postal
Número de fax	Correo Electrónico		

Cualquier persona que con conocimiento y con intención de hacer daño, defraudar o engañar a la compañía de seguro, o otras personas, someta información falsa o engañosa sobre cualquier hecho, al presente comete un acto de fraude de seguro que esta sujeto a sanciones civiles y penales.