

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 autorización

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 "N/A" 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
75 Valencia Avenue, Suite 801, Coral Gables, FL 33134
Fax: 305-442-0961, 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 (Día Mes Año)
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			
¿Su Incapacidad es el resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo? Si No	Fecha de ocurrida la lesión o la enfermedad (Día Mes Año)	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 (Día Mes Año)			
¿Está actualmente trabajando? Si No Si su respuesta es afirmativa, liste los nombres del empleador, dirección, números de teléfono y fechas de empleo			
¿Trabaja por cuenta propia en cualquier actividad? Si No			
Fecha en que reanudó las actividades laborales a tiempo parcial (Día Mes Año)	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 (Día Mes Año)
Enfermedad	Fecha de la primera notificación (Día Mes Año)
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? Si No	Fecha (Día Mes Año)

4. Lesión

Lesión	Fecha y hora (Día Mes Año)	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 <i>(Día Mes Año)</i>	Fecha de la última consulta <i>(Día Mes Año)</i>
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 <i>(Día Mes Año)</i>	Fecha de la última consulta <i>(Día Mes Año)</i>

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 (Día Mes Año)</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 <i>(Día Mes Año)</i>	Ultimo salario
Actividades laborales		
Título del empleo & empleador	Fechas de empleo <i>(Día Mes Año)</i>	Ultimo salario
Actividades laborales		
Título del empleo & empleador	Fechas de empleo <i>(Día Mes Año)</i>	Ultimo salario
Actividades laborales		
Título del empleo & empleador	Fechas de empleo <i>(Día Mes Año)</i>	Ultimo salario
Actividades laborales		
Título del empleo & empleador	Fechas de empleo <i>(Día Mes Año)</i>	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 MWG International ("Administrador") y sus representantes autorizados.

- 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 sujeto 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 de reclamante _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

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 MWG International (“Administrador”) y sus representantes autorizados.

- 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 de reclamante _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

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 (Día Mes Año)	
Dirección	Ciudad	País	Código postal
No. de póliza	No. de teléfono		
Ocupación	Empleador		
Fecha en que regreso a trabajar (Día Mes Año)	Fecha en que espera regresar al trabajo (Día Mes Año)		

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	Izquierda Derecha
Esta la condición primariamente relacionada con	Si embarazo, fecha de parto esperada (Día Mes Año)		
Empleo del paciente	Fecha en que se produjo el parto (Día Mes Año)		
Desorden mental	Vaginal Cesárea		
Condición de alcohol y drogas	Complicaciones		
Embarazo	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?	Si	No	Si su respuesta es afirmativa, indique cuándo
Describa			
Fecha en que usted consulto al paciente por esta condición por primera vez (Día Mes Año)	Por cualquier condición		
Fecha de tratamiento posterior (Día Mes Año)	Fecha de la visita mas reciente (Día Mes Año)		
Si el paciente ha sido hospitalizado, por favor provea las fechas. (Día Mes Año)		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 <i>(Día Mes Año)</i>	¿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? Si No <i>Si su respuesta es negativa, es el paciente capaz de asignar alguna persona que le ayude a gestionar sus beneficios de seguro de incapacidad?</i> Si 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: Proceso de enfermedad Desorden emocional o de conducta significativo tal como: Depresión Ansiedad Histeria Exageraciones, hallazgos inconsistentes, quejas sometidas fuera de proporción con los hallazgos objetivos, observaciones extrañas y contradictorias. Dependencia a drogas / medicamentos. Por favor especifique Otro. Por favor describa			

Iniciales: _____

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

Describa la condición del paciente desde que comenzaron los síntomas:				Recuperado	Mejorado	No ha cambiado	Empeoró
¿Cuándo espera Usted un cambio fundamental o marcado en la condición del paciente?				Nunca	Se espera que la condición empeore	Se espera que la condición mejore	
Indique la fecha prevista <i>(Día Mes Año)</i>	No es posible determinar la fecha		No es posible determinarla porque				
Fecha de seguimiento <i>(Día Mes Año)</i>	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.