

Accidente y Enfermedad (A&S) / Incapacidad a Corto Plazo (STD) / Continuidad del Salario

Metropolitan Life Insurance Company

Cosas que debe saber antes de comenzar

- Complete todas las secciones que correspondan a usted de este formulario (empleador, empleado y médico/proveedor). Escriba en letra de imprenta legible.
- Debe firmar al final de la sección que le corresponda. Si es empleador, consulte la SECCIÓN 1; si es empleado, consulte la SECCIÓN 2; si es médico/proveedor, consulte la SECCIÓN 3.

New York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento, que es un delito, y estará sujeta a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación para cada infracción.

SECCIÓN 1: Debe completarla el empleador

Nombre del empleador		Nombre de la subsidiaria o la división	
Número del informe del seguro grupal	Número de código secundario (división secundaria)	Número de ubicación secundaria (sucursal)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Si su dirección de correo postal es una P.O. Box, debe proporcionar una dirección física para nuestros registros.

Información de la persona de contacto

Nombre de la persona de contacto		Apellido
Número de teléfono	Número de fax	Correo electrónico

Información del supervisor

Nombre del supervisor		Apellido
Número de teléfono	Correo electrónico	

Información del empleado

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido					
Número de Seguro Social	Número de identificación del empleado (si corresponde)				Fecha de contratación (mm/dd/aaaa)		
Puesto					Número de teléfono laboral		
Clase de puesto Sedentario Liviano Medio Pesado Muy pesado					Número de teléfono particular		
Dirección del lugar de trabajo				Ciudad		Estado	Código Postal
¿La condición está relacionada al trabajo? Sí No Si su respuesta es afirmativa, especifique lo siguiente:							
Compañía aseguradora que provee la Compensación de los trabajadores (WC)				Número de reclamo de la Compensación de los trabajadores		Número de teléfono de la persona de contacto de la WC	
Nombre de la persona de contacto de la WC				Apellido			
Último día trabajado (mm/dd/aaaa)	Primer día de ausencia (mm/dd/aaaa)		Fecha de regreso al trabajo (mm/dd/aaaa)		Real Estimada	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (mm/dd/aaaa)	
Ingresos básicos (exclusive of overtime, bonus, etc.)							
\$ _____ Por hora Semanal Bisemanal Mensual Anual							
Contribuciones a la prima	Antes de impuestos Después de impuestos		Monto del beneficio		Clasificación salarial		
Empleador _____ %	Empleado _____ %				Exento	No sindicalizado	Asalariado
					Sindicalizado	No exento	Otros _____
Condición del empleado al primer día de ausencia							
Activo		De vacaciones		Licencia (LOA)	Despedido	Finalizado	Jubilado
Si no es Activo, explique su elección.							
Horas trabajadas por semana		Full Time Part Time		Semana laboral		Regular Variable	
Semana laboral programada		Lu	Ma	Miér	Jue	Vie	Sáb Dom
Si tiene una ampliación por incapacidad a corto plazo, indique la fecha de la tarjeta de inscripción firmada (mm/dd/aaaa)		¿Tiene cobertura por incapacidad a largo plazo (LTD)?			¿Se habló con el empleado acerca del regreso al trabajo?		
		Sí No			Sí Nos		
¿Es posible modificar/adaptar el trabajo del empleado? Sí No							
Si su respuesta es afirmativa, describa la modificación/adaptación.							

A su leal saber y entender, indique si el empleado presentó una solicitud para recibir ingresos, o si los recibe actualmente, de alguna de las siguientes fuentes:

	Solicitado	Recibe actualmente	Monto en \$	Frecuencia	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Continuidad salarial/ Licencia por enfermedad						
Licencia remunerada por COVID 19						
Compensación de los trabajadores						
Beneficios estatales por incapacidad						
Otros (<i>especifique</i>)						

Mencione los montos de deducción semanal, si corresponde:

	Antes de impuestos	Después de impuestos	Monto semanal en \$
Seguro médico			
Seguro de Vida			
Seguro Dental			
Seguro por incapacidad a largo plazo			
Otros (<i>especifique</i>)			

Firme aquí	Firma del empleador que autoriza	Fecha (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 2: Debe completarla el empleado

Algunos servicios relacionados con su Reclamo por incapacidad pueden ser prestados por parte de nuestro afiliado, MetLife Global Operations Support Center Private Limited. Este arreglo de servicio no modifica de ninguna manera las obligaciones de Metropolitan Life Insurance Company hacia usted. Los servicios no serán prestados por parte de nuestro afiliado si las leyes locales o estatales lo prohíben o si existe un acuerdo mutuo con el cliente de seguro grupal.

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
---------------	----------------	----------

Número de Seguro Social	Número de identificación del empleado (si corresponde)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo M F
-------------------------	---	-------------------------------------	-------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Si su dirección de correo postal es una P.O. Box, debe proporcionar una dirección física para nuestros registros.	Correo electrónico
---	--------------------

Número de teléfono particular	Estado civil Soltero/a	Casado/a Otros	Situación fiscal federal Casado/a Soltero/a	Exenciones impositivas (<i>número</i>)
-------------------------------	---------------------------	-------------------	--	--

Fecha de inicio de la incapacidad (mm/dd/aaaa)	Origen de la incapacidad ¿Enfermedad? ¿Lesión/accidente? Si se origina en una lesión o un accidente, informe lo siguiente:	Fecha (mm/dd/aaaa)	Hora A. M P. M
---	---	-----------------------	----------------------

Proporcione detalles (dónde y cómo)

¿Esta condición está relacionada al trabajo? Sí No
¿Está relacionada al uso de un automóvil? Sí No

Nombres de los médicos/proveedores que le brindaron tratamiento por esta condición en los últimos 12 meses.

Nombre del médico/proveedor	Número de teléfono	Fechas de tratamiento: Desde	Fechas de tratamiento: Hasta	Especialidad del médico/proveedor

Mencione lo que le impide realizar las tareas de su puesto de trabajo.

Firme aquí	Firma del empleado	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------------------	--------------------	--------------------

SECCIÓN 3: Debe completarla el médico/proveedor a cargo

El objetivo de este informe es ayudarnos a tomar una determinación de incapacidad que afecta el reemplazo de ingresos para su paciente. En caso de necesitar información adicional, un representante de reclamos de MetLife puede llamar por teléfono a su consultorio.

Primer nombre del paciente		Segundo nombre		Apellido
Fecha de inicio de la incapacidad (mm/dd/aaaa)	Fecha prevista de regreso al trabajo (mm/dd/aaaa)	Fecha de inicio del tratamiento para esta incapacidad (mm/dd/aaaa)	Fecha de tratamiento más reciente (mm/dd/aaaa)	

¿Esta condición está relacionada al trabajo? Sí No

Código del diagnóstico principal	Diagnóstico
Código del diagnóstico secundario	Diagnóstico

Resultados objetivos

CPT4	Procedimiento		Fecha (mm/dd/aaaa)	
En caso de embarazo, informe la fecha del parto (mm/dd/aaaa)	Prevista (mm/dd/aaaa)	Real (mm/dd/aaaa)	Tipo de parto	
Si el paciente fue hospitalizado Internado Ambulatorio	Fecha de ingreso (mm/dd/aaaa)		Fecha de alta (mm/dd/aaaa)	

Plan de tratamiento:	Pruebas adicionales	Medicamentos	Terapias	Cirugías	Hospitalización
	Remisión		Otros (<i>describa</i>)		

Medicamentos recetados (*nombres, dosis*)

¿El paciente puede trabajar con modificaciones o restricciones? (*sea lo más específico posible*)

Especialidad del médico/proveedor		Correo electrónico		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de identificación tributaria	Número de teléfono		Número de fax	
Firme aquí	Firma del médico/proveedor			Fecha (<i>mm/dd/aaaa</i>)

SECCIÓN 4: Cómo presentar este formulario

Correo:
MetLife Disability
PO Box 14590
Lexington KY 40512-4590

Fax:
1-800-230-9531

Autorización de divulgación de información personal

Metropolitan Life Insurance Company

Cosas que debe saber antes de comenzar

- Debe firmar la Sección 2.
- Devuelva este formulario lo más pronto posible para agilizar el procesamiento de su reclamo, tal como se describe en la Sección 3, y conserve una copia para sus registros.
- Si usted es el Representante autorizado, incluya una copia del/los documento(s) legal(es) que lo autorizan a actuar en nombre del Reclamante e incluya el número de reclamo en la parte superior de cada página.



Si se niega a completar y firmar este formulario, su elegibilidad para los beneficios puede verse afectada.

HIPAA: Esta Autorización se redactó cuidadosamente con el objetivo específico de permitir la divulgación de información médica de acuerdo con las normas de privacidad adoptadas y posteriormente modificadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996.

NOTA PARA TODOS LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA:

La Ley Antidiscriminatoria sobre Información Genética (GINA) de 2008 prohíbe a los empleadores y otras entidades comprendidas en el Título II de GINA solicitar o requerir información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, salvo según lo permita específicamente esta ley. Para cumplir con esta ley, le solicitamos que no brinde información genética al responder a esta solicitud de información médica. "Información genética" según la definición de la GINA, incluye los antecedentes médicos familiares de un individuo, los resultados de pruebas genéticas del individuo o de un miembro de su familia, la búsqueda o prestación de servicios genéticos por parte de un individuo o miembro de su familia, y la información genética de un feto dentro de un individuo o miembro de la familia del individuo, así como también de un embrión en posesión legal de un individuo o miembro de su familia que recibe servicios de reproducción asistida.

SECCIÓN 1: Información del reclamante

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de reclamo	Número de identificación (si corresponde)

SECCIÓN 2: Autorización y firma

Para determinar si cumplo con los requisitos para recibir beneficios por incapacidad o para solicitar adaptaciones razonables conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la administración de mi plan de beneficios por incapacidad (que puede incluir la asistencia para volver al trabajo o la solicitud de beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social) y la administración de otros planes de beneficios en los que participo y que pueden verse afectados por mi derecho a recibir beneficios por incapacidad, incluidos, entre otros, cualquier programa de Compensación de los trabajadores, de asistencia al empleado o de gestión de enfermedades, autorizo que se divulgue la siguiente información personal en el formato solicitado, incluso por teléfono, fax o correo:

1. **Autorizo** a cualquier médico u otro proveedor de atención médica, hospital, clínica, centro o servicio relacionado con la atención médica, administrador de beneficios farmacéuticos, compañía de seguros, empleador, agencia gubernamental, titular de una póliza grupal, titular de un contrato o administrador de un plan de beneficios a revelar a Metropolitan Life Insurance Company ("MetLife") y a cualquier agencia de informes de consumidores, agencias de investigación, abogados y administradores de reclamos independientes que actúen en nombre de MetLife, toda la información sobre mi salud, atención médica, empleo y reclamo por incapacidad.
2. **Autorizo** a MetLife a revelar a mi empleador o a los agentes que actúen en calidad de administradores de sus planes o programas de beneficios, incluidos, entre otros, los programas de Compensación de los trabajadores, de asistencia al empleado o de gestión de enfermedades, toda la información sobre mi salud, atención médica, empleo y reclamo por incapacidad.

Esta Autorización de divulgación de información personal incluye específicamente mi permiso para divulgar mi historial médico completo, lo que incluye la información médica, los registros, los resultados de pruebas y los datos sobre los siguientes aspectos: la atención médica o las cirugías; los registros médicos psiquiátricos o psicológicos, pero no las notas de psicoterapia; y el abuso de alcohol o drogas, incluido cualquier dato protegido por las Regulaciones Federales 42 CFR Parte 2 u otras leyes correspondientes. **La información sobre las enfermedades mentales, el VIH, el SIDA, las enfermedades asociadas al VIH y las enfermedades de transmisión sexual u otras enfermedades contagiosas graves puede estar controlada por diversas leyes y regulaciones. Doy mi consentimiento para la divulgación de dicha información, pero solo en conformidad con las leyes y regulaciones que corresponden a mi situación. La información que pueda haber estado sujeta a las normas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., una vez divulgada, puede quedar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor, según lo permita o exija la ley, y puede dejar de estar cubierta por tales normas. Su proveedor de atención médica no puede condicionar su tratamiento a que usted firme esta autorización.**

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con solo escribir a MetLife Disability a PO Box 14590, Lexington, KY 40512-4590, excepto en la medida en que se hayan realizado acciones en base a ella. Si no lo hago, esta autorización será válida durante 24 meses a partir de la fecha en la que firme este formulario o durante la duración de mi reclamo de beneficios, el periodo que sea más corto. Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el formulario original, y tengo el derecho de recibir una copia a pedido.

Firme aquí	Firma del reclamante	Fecha (mm/dd/aaaa)

SECCIÓN 3: Cómo presentar este formulario

Correo:

MetLife Disability
PO Box 14590
Lexington KY 40512-4590

Fax:

1-800-230-9531

Advertencias de Fraude

Antes de firmar este formulario de reclamación, lea la advertencia correspondiente al estado en el que reside y al estado donde se emitió la póliza de seguro bajo el cual usted está reclamando un beneficio.

Alabama, Arkansas, District of Columbia, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, New Mexico, Ohio, Rhode Island y West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir un pago por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión.

Alaska: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesado de acuerdo a la ley estatal.

Arizona: Para protegerlo, la ley de Arizona establece que la siguiente declaración debe aparecer en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir un pago por una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

California: Para protegerlo, la ley de California establece que la siguiente declaración debe aparecer en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al asegurado o demandante con respecto a un acuerdo o laudo pagadero de los ingresos del seguro se informará a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras en la medida en que lo exija la ley aplicable.

Delaware: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

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

Idaho, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relacionada con cualquier hecho material comete un acto fraudulento, el cual es un delito.

Maine, Tennessee y Washington: Es delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o una denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Cualquier persona que a sabiendas o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir un pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión.

New Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a procesamiento y castigo por fraude al seguro según lo dispuesto en RSA 638:20.

New Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Oregon: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa puede ser declarada culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones de acuerdo a la ley estatal.

Pennsylvania y todos los demás estados: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relacionada con cualquier hecho material comete un fraude al seguro, el cual es un delito y somete a tal persona a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de estafar incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude a presentar o cause la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación para el mismo daño o pérdida, comete un delito grave y, si se la declara culpable, deberá ser sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000), con una condena de prisión de término fijo de tres (3) años, o ambas penas. Si existieran circunstancias agravantes, la pena de prisión establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años. Si existieran circunstancias atenuantes, la pena de prisión puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Texas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión estatal.

Vermont: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo falsa puede ser declarada culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones de acuerdo a la ley estatal.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber actuado en violación a la ley estatal.