



## SOLICITUD PARA LOS BENEFICIOS DE INGRESO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

**Sección I Declaración del Empleador** - para ser completada por el representante autorizado del empleador. Asegúrese de proveer cualquier anexo necesario (vea la Sección K).

**Sección Ic. Información para los Beneficios de la Cláusula de Renuncia de la Prima de Vida del Grupo** - para ser completada por el representante autorizado del empleador, si el empleador también tiene cuenta con una póliza de Seguro de Vida del Grupo con The Hartford y la cual incluye un beneficio de Cláusula de Renuncia de la Prima. Asegúrese de proveer cualquier anexo necesario (vea la Sección K).

**Sección II Declaración del Empleado** - para ser completada por el empleado que está solicitando los beneficios de Incapacidad a Largo Plazo. Por favor, anexe una copia de la licencia de conducir del empleado.

**Sección III Autorización para Obtener Información** - para ser firmada por el empleado.

**Sección IV Declaración del Médico Encargado** - para ser completada por el médico que está tratando al empleado.

Por favor, envíe por fax o correo electrónico la solicitud completada a:

Humana Insurance Company  
P.O. Box 14294  
Lexington, KY 40512-4294  
Fax Number: (855) 864-053  
Número de Teléfono: (877) 604-0072  
Email: [claimsubmission@groupclaims.com](mailto:claimsubmission@groupclaims.com)

Verifique por favor si el empleado califica para cualquier otros beneficios del grupo por Humana y se somete el reclamo por consiguiente.

**POR FAVOR, ASEGÚRESE QUE TODAS LAS SECCIONES HAN SIDO COMPLETADAS Y FIRMADAS. ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETADA A SU CENTRO DE SERVICIO PARA EL MANEJO DE BENEFICIOS DE HARTFORD.**

**SOLICITUD PARA LOS BENEFICIOS DE INGRESO  
POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO**

**Para ser completada por el Empleador - Sección I - Sección del Empleador**

Este reclamo es para (Nombre del empleado)	Número del seguro social	Fecha de nacimiento
Dirección del empleado (Calle, ciudad, estado, código postal)		Número Telefónico ( )

**A. Información acerca del Empleador**

Nombre de la Compañía	Número de Póliza de Grupo
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)	Número Telefónico ( )
Nombre y dirección de la división donde el empleado trabaja (si es diferente de la anterior)	Número del Fax ( )

**B. Información acerca del Empleado**

Fecha en que el empleado fue contratado	Fecha en que el empleado llegó a estar asegurado por este plan	¿Cuál fue la semana de trabajo regular del empleado? _____ horas por semana
¿Fue emitido el seguro LTD al empleado, basándose en la Declaración de Salud Personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo "Sí", anexe la copia.		
¿Estuvo el empleado asegurado bajo su póliza LTD anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo, "Sí," por favor, provea la fecha de cobertura inclusiva. Desde _____ Hasta _____		
¿Ha sido despedido el empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo, "Sí," fecha _____ Razón:		
¿Se encontró el empleado bajo un Permiso Calificado por Razones Familiares cuando comenzó la incapacidad?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Continuó el seguro LTD durante ese Permiso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que comenzó el Permiso, bajo la Ley de Permiso por Razones Familiares _____		

**C. Información para los Beneficios de la Cláusula de Renuncia de la Prima de Vida del Grupo**

¿Tiene también el empleado cobertura de Vida del Grupo con The Hartford? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo "Sí", provea la siguiente información: Cantidad básica \$ _____ Cantidad suplementaria \$ _____ Cantidad de Beneficio para el Dependiente \$ _____ Fecha de efectividad de la cobertura del Seguro de Vida del Grupo _____
--

**D. Información necesaria para la Retención y Reporte de Impuestos**

¿Qué % del beneficio LTD de este empleado paga impuestos _____%. ¿Qué %, si existe, usted contribuye hacia el costo de la prima LTD? _____%. ¿El empleado contribuye hacia el costo de la prima LTD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo, "Sí," es <input type="checkbox"/> antes o <input type="checkbox"/> después de pagar impuestos?
---

**E. Información acerca del Reclamo**

¿Se hicieron cambios a las responsabilidades del trabajo del empleado debido a su incapacidad antes de que el empleado quedara incapacitado por completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo "Sí", ¿cuáles fueron los cambios y cuándo se hicieron?	
¿Cuál fue el trabajo permanente del empleado su último día de trabajo?	¿Por cuánto tiempo el empleado tuvo este trabajo?
¿Por qué dejó de trabajar el empleado? _____ ¿Está relacionada la condición de empleado con su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
último día en que el empleado trabajó	Ese día, ¿trabajó el empleado un día completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo "No" ¿cuántas horas trabajó?
¿Se ha presentado un reclamo ante la Compensación del Trabajador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo "Sí", envíe el reporte inicial de la enfermedad o herida, o aviso de entrega.	Fecha en que el empleado regresó o se espera regresar a trabajar _____ ¿A tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre y dirección de su compañía de compensación	

**F. Información acerca de su Plan de Pensión (No lo complete para los reclamos de maternidad.)**

¿Tiene un plan de pensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Beneficio definido <input type="checkbox"/> 401 K <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
Si dijo "Sí", ¿qué tipo? (Marque todos los que correspondan)	<input type="checkbox"/> Contribución definida <input type="checkbox"/> Participación de Beneficios
¿Es elegible el empleado para su plan de pensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿por qué?	Si es elegible, ¿participa el empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", ¿por qué?
Si el empleado está participando, ¿cuándo es elegible para los beneficios de este plan? _____	
¿En qué momento el empleado califica para una pensión completa? _____	
¿Existe una Opción de Jubilación de Incapacidad para este empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**G. Información acerca del Salario**

Tasa de pago del empleado semanal/por hora \$ \_\_\_\_\_

¿Recibirá o está recibiendo el empleado pagos de Compensación del Trabajador?  Sí  No

Cant. semanal \$ \_\_\_\_\_ Fecha en que los pagos comienzan \_\_\_\_\_ Fecha en que los pagos terminarán \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo el empleado Continuación del Salario  Sí  No o Permiso por Enfermedad?  Sí  No

Cant. semanal \$ \_\_\_\_\_ Fecha en que los pagos comienzan \_\_\_\_\_ Fecha en que los pagos terminarán \_\_\_\_\_

**H. Información sobre los aspectos físicos del trabajo del empleado**

Marque las opciones que correspondan al trabajo del empleado y complete la información solicitada. Seleccione la mayor parte de la jornada laboral o esporádicamente.

Actividad	La mayor parte de la jornada laboral (con descansos comunes)	Esporádicamente durante el día	Si es esporádicamente, haga un círculo con el tiempo para cada sección debajo:															
			Horas seguidas								Total de horas/8 horas							
Estar sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
Estar de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8

¿El trabajo puede realizarse alternando entre estar sentado y estar de pie?  Sí  No

Actividad	Nunca	Ocasionalmente (1-33 %)	Frecuentemente (34-67 %)	Constantemente (68-100 %)
Manejar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse a la altura de la cintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrodillarse/Agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gatear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Levantar/Car gar/Empujar/Tirar: Descripción de la tarea (describa el elemento que se mueve y la ayuda mecánica en la última columna)**

Levantar		lb.	lb.	lb.	
Cargar		lb.	lb.	lb.	
Empujar/tirar		lb.	lb.	lb.	

**Actividad con las extremidades superiores (sin peso). Especifique si es la derecha (R) o la izquierda (I) si no es bilateral.****Describa la tarea realizada**

Manipulación fina (digitación, teclado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manipulación gruesa (agarrar/ sujetar, sostener)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estirarse (extender los brazos) por encima de la altura de los hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estirarse (extender los brazos) por debajo de la altura de los hombros al nivel del escritorio o de la mesa de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**I. Información acerca del Trabajo y su relación con la Incapacidad**

¿Se puede modificar el trabajo para acomodar la incapacidad temporalmente o permanentemente?

 Sí  No Si dijo "Sí", explique.

¿Es posible ofrecer al empleado ayuda para hacer su trabajo (es decir, a través del uso de tecnología o ayuda personal)?

 Sí  No Si dijo "Sí", explique.**J. Anexos Requeridos y Firma**

Por favor, anexe una copia de la descripción del trabajo del empleado.

Si el empleado contribuye a las primas de la cobertura LTD o del Seguro de Vida del Grupo, anexe una copia de la inscripción y/o copias de los dos últimos formularios de Elección de los Beneficios Flexibles.

Si el salario se basa en un documento W-2, K-1, 1099, o en un documento similar, anexe una copia del documento.

Si usted tiene información médica del archivo del empleado, relacionado con esta incapacidad, anexe las copias.

Si se presenta un reclamo de Compensación del Trabajador, envíe el reporte inicial de la herida o la enfermedad y el aviso de la entrega. Nombre de la persona que completa este formulario (si este reclamo se aprueba para los beneficios de incapacidad, el cheque de los beneficios, será enviado al empleado con una copia para usted.)

Verifique por favor si el empleado califica para cualquier otros beneficios del grupo por Humana y se somete el reclamo por consiguiente.

Nombre (Letra de molde)

Título

Firma

Fecha

**SOLICITUD PARA LOS BENEFICIOS DE INGRESO  
POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO**

**Para ser completado por el empleado (ASEGÚRESE DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS - SI NO LO HACE, PUEDE ATRASAR SU RECLAMO) Sección II - Declaración del Empleado**

**A. Información acerca de usted**

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Número del seguro social	
Dirección (calle)		Ciudad		Estado/Provincia		Código Postal	
						<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Puede que tengamos su autorización para salir de la información confidencial médica y prestaciones en su teléfono celular personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Celular Personal Número de teléfono: ( )	
						Número de teléfono alternativo ( )	
Firma del empleado				Fecha		mande un correo electrónico dirección	
Fecha de nacimiento (Mes Día Año)		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Ocupación			
		<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)					
Cuando su incapacidad comenzó, ¿tuvo más de un empleador? (incluya trabajo por cuenta propia)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo "Sí", provea el nombre, dirección y número telefónico de ese empleador. Indique las fechas en que trabajó (o trabajó por cuenta propia).							
Su empleador (incluya la división, si es aplicable)						Número telefónico empleador ( )	
Por favor indique el grado de su educación formal (encierre solamente uno en un círculo) <input type="checkbox"/> HS/GED <input type="checkbox"/> Comercio Escuela / Programa de certificación <input type="checkbox"/> AA/AS <input type="checkbox"/> BA/BS <input type="checkbox"/> Masters <input type="checkbox"/> Doctorate <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> otro una lista de todas las licencias, certificaciones y especializaciones _____							
¿Jamás ha servido usted en el ejército? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____							
Brevemente describa su experiencia de trabajo en el pasado, por los últimos 20 años (comience con su trabajo más reciente).							
Título		Obligaciones			Años trabajados		
(a)							
(b)							
(c)							
Ahora o en el futuro, ¿estaría interesado en buscar rehabilitación para otro tipo de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha contactado a su Departamento del Estado de Rehabilitación Vocacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si dijo "Sí", por favor incluya el nombre, dirección y número telefónico de su consejero:							

**B. Información acerca de su Familia (se requiere para determinar si es elegible para los beneficios del Seguro Social)**

El nombre legal esposa (Ultimo, primero)			El Numero de Seguridad Social del legal esposa		
Fecha de nacimiento (mes, día, año)		¿Tiene su legal esposa(o) un empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Jubilada (o)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene hijos menores de 19 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", provea la siguiente información por cada hijo:					
Nombre		Fecha de nacimiento		Número del seguro social	
Nombre		Fecha de nacimiento		Número del seguro social	
Nombre		Fecha de nacimiento		Número del seguro social	
¿Tiene algún hijo con incapacidades (no importa la edad)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", provea la siguiente información por cada hijo:					
Nombre		Fecha de nacimiento		Número del seguro social	
Nombre		Fecha de nacimiento		Número del seguro social	

**C. Información acerca de la Condición Causante de su Incapacidad**

**1a. Por enfermedad, responda las siguientes preguntas:**

¿Cuáles fueron sus primeros síntomas?	
¿Cuándo los sintió por primera vez?	¿Ha tenido antes esta enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿cuándo?

**C. Información acerca de la Condición Causante de su Incapacidad (continuación...)**

1b. Cerca de "Actividad de Vida Diaria" (ADL), por favor, coloque el número mostrado cerca de la declaración que refleja con mayor exactitud su capacidad/incapacidad de llevar a cabo cada una: 1) = puedo hacerlo independientemente; 2) = puedo hacerlo con el uso de equipo o aparatos auxiliares; 3) = no puedo hacer esta actividad.

- ( ) Bañarme (tina, ducha o con esponja) ( ) Moverme de la cama a la silla  
 ( ) Vestirme ( ) Control voluntario de vejiga/intestinos o habilidad de mantener un nivel razonable de higiene personal.  
 ( ) Poceta ( ) Alimentarme con alimentos que han sido preparados para mí.

Si usted indicó (3) para cualquiera de las actividades mencionadas arriba, por favor describa el impedimento y las restricciones a sus funciones que le evitan e impiden llevar a cabo la actividad.

¿Ha sufrido usted un Impedimento Severo Cognitivo que le impide llevar a cabo tareas comunes, tales como, usar el teléfono, manejar el dinero, o manejar medicamentos?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", por favor describa:

**2. Por una herida, responda las siguientes preguntas:**

¿Cuándo, dónde y cómo ocurrió la herida?

**3. Por enfermedad, herida o embarazo, responda las siguientes preguntas:**

Fecha que fue tratado por primera vez por un médico \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Dirección del médico \_\_\_\_\_

Antes de que dejó de trabajar, ¿su condición le requirió cambiar de trabajo, o la manera en que hizo su trabajo?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí," explique.

¿Qué aspecto de su condición le impidió trabajar?

¿La afección que tiene está relacionada con sus actividades laborales o con el lugar de trabajo?  Sí  No Si dijo "Sí", explique.

¿Ha presentado o va a presentar un reclamo de Compensación de Trabajador?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", explique.

**D. Información acerca de la Incapacidad**

La última fecha en que trabajó antes de la incapacidad \_\_\_\_\_

Fecha en la que no pudo trabajar por primera vez \_\_\_\_\_

¿Trabajó todo el día?  Sí  No

Si la respuesta es "No" explique.

Desde esa fecha, ¿ha hecho otro trabajo?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", por favor indique las fechas trabajadas, nombre del empleador y cantidad ganada.

Si no ha regresado a trabajar, ¿espera hacerlo?

Sí Medio Tiempo (fecha) \_\_\_\_\_

No Tiempo completo (fecha) \_\_\_\_\_

**E. Información acerca de los médicos y hospitales**

La primera atención médica para la incapacidad actual fue provista por (complete abajo):

Nombre del médico

Número telefónico: ( )

Especialidad

No. de fax: ( )

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Fecha de la visita  
a

**Lista de todos los médicos y hospitales que ha visto debido a esta condición (adjunte una hoja por separado si la necesita).**

Nombre del médico

Número telefónico: ( )

Especialidad

No. de fax: ( )

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Fecha de la visita  
a

Hospital

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Fecha de hospitalización  
a

¿Ha consultado a otro médico o ha sido hospitalizado en los últimos tres años?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente referente a su tratamiento pasado (adjunte una hoja por separado si la necesita).

Nombre del médico

Número telefónico: ( )

Especialidad

a No. de fax: ( )

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Fecha de la visita  
a

Hospital

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Fecha de hospitalización  
a

**SOLICITUD PARA LOS BENEFICIOS DE INGRESO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO**

**F. Otro ingreso**

Indique los otros beneficios de ingresos que haya recibido/está recibiendo, o es elegible para recibir durante su incapacidad (complete la información requerida).

<b>Fuente de Ingresos</b>	<b>Cantidad (semanal/mensual)</b>	<b>Fecha presentación del reclamo</b>	<b>deFecha de comienzo de los pagos</b>	<b>Fecha en que los pagos terminaron</b>
Seguro Social/Jubilación	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Seguro Social/Incapacidad	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Pago por Enfermedad o Continuación del Salario	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Ingreso por el Trabajo	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Compensación del Trabajador	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Incapacidad por el Estado	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Pensión/Jubilación	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Pensión/Incapacidad	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Incapacidad a Corto Plazo	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Desempleo	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Seguro sin ser Culpable	\$ _____ / _____	_____	_____	_____
Otro (incluya beneficios Individuales o en Grupo)	\$ _____ / _____	_____	_____	_____

¿Está pagando por Medicare Parte D?     Sí     No    Si dijo, "Sí," por favor anote la cantidad: \$ \_\_\_\_\_ .00.

**G. Información sobre la Retención de Impuestos Federales**

La ley federal requiere que nosotros retengamos impuestos federales por ingreso de su cheque de pago, si usted pide que nosotros lo hagamos. También se nos requiere enviar un reporte a su empleador al final de cada año del calendario, mostrandosu nombre, la cantidad total de beneficios pagados a usted, la cantidad total retenida, si existe, y su número de seguro social. Si desea que nosotros retengamos los impuestos, por favor indique en la línea de abajo la cantidad en dólares a ser retenida por cada cheque de beneficio. Cantidades absolutas solamente (mínimo es \$88.00 por mes): \$ \_\_\_\_\_ .00. **IMPORTANTE:** Si usted paga todo el costo de la prima LTD, pero después de pagar impuestos según la Sección I, Parte D de la Declaración del Empleador, usted no podrá solicitar la retención de impuestos federales de su cheque de pago.

**Información fiscal**

**Nota a los residentes de Iowa y el Distrito de Columbia:** En el caso de que usted elija la retención de impuesto federal sobre los ingresos, su estado requiere que realicemos la retención del impuesto estatal sobre los ingresos. Debemos retener un porcentaje establecido por el estado (que puede ser más alto de lo que usted necesita) hasta que usted nos proporcione un certificado de retención de impuestos estatal que esté firmado. Póngase en contacto con su empleador o con el Departamento de Impuestos de su estado para obtener el formulario de retenciones apropiado.

**Nota a los residentes de Nebraska, Rhode Island y Carolina del Sur:** En el caso de que usted elija la retención de impuesto federal sobre los ingresos, su estado requiere que realicemos la retención del impuesto estatal sobre los ingresos. Debemos retener un porcentaje establecido por el estado (que puede ser más alto de lo que usted necesita) hasta que usted nos proporcione un Formulario W-4 federal, o certificado de exención de retenciones del empleado, que esté firmado. Usted puede dirigirse a [www.irs.gov](http://www.irs.gov) para obtener el formulario de retenciones apropiado.

**Firma - Tenga lea la declaración que se aplica a su estado de residencia y firmar la parte inferior de la página.**

Certifico mediante mi firma que con excepción de las fuentes de ingreso anteriormente reportadas en este formulario, no he recibido y no cumplo con los requisitos para recibir ninguna fuente de ingresos, excepto por los beneficios de este plan que me corresponden por incapacidad. Adicionalmente, entiendo que, en el caso de recibir algún tipo de ingreso o de realizar algún tipo de trabajo durante el período en que The Hartford haya aprobado mi reclamo por incapacidad, deberé informar todos los detalles a Humana and/or its TPA inmediatamente. Si recibo ingresos por beneficios de incapacidad que sean superiores a aquellos que me corresponden, entiendo que tendré que devolvérselos en un solo pago global al Plan. Humana and/or its TPA tiene la opción de reducir o eliminar los pagos futuros por incapacidad con el fin de recuperar los saldos por sobrepago que no se hayan reembolsado.

**Para residentes de todos los estados EXCEPTO Alabama, Arizona, California, Colorado, Florida, Kentucky, Maine, Maryland, Nueva Jersey, Nueva York, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Puerto Rico, Tennessee, Virginia y Washington:** Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de cobertura es culpable de un crimen y puede estar sujeto a multas y a encarcelamiento.

**Para los residentes de Arizona:** Para su protección, la ley de Arizona exige que el siguiente texto figure en el presente formulario: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro está sujeta a sanciones penales y administrativas.

**Para los residentes de Alabama:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas de restitución o la reclusión en prisión, o cualquier combinación de estas.

**Para los residentes de California:** Para su protección, las leyes de California exigen la inclusión de la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que deliberadamente presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar una cobertura de seguro —o para presentar una reclamación de pago por una pérdida—, será culpable de un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

**Para los residentes de Colorado:** La presentación deliberada de información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a dicha compañía es un acto ilegal. Las penalidades incluyen: encarcelamiento, multas, negación de la cobertura del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o todo agente de una compañía de seguros que deliberadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o a un demandante con el propósito de estafar o intentar estafar a dicho titular de póliza o demandante con respecto a una indemnización pagadera de los ingresos del seguro deberá denunciarse al Departamento de Agencias Regulatorias en la División de seguros de Colorado.

**Para los residentes de Florida:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de dañar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una solicitud de reclamo o una petición que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito en tercer grado.

**Para los residentes de Kentucky:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de estafar a una aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de reclamo o una petición de cobertura que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a algún hecho material, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un crimen.

**Para los residentes de Maine, Tennessee, y Washington:** La presentación deliberada de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a dicha compañía es un crimen. Las penalidades incluyen: encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

**Para los residentes de Maryland:** Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, y que, a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en la cárcel.

**Para los residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que deliberadamente presente una solicitud de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a penalidades criminales y civiles. Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para la póliza de seguros está sujeta a penalidades criminales y civiles.

**Para los residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro.

**Para los residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a un asegurador, realice un reclamo por los fondos de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave.

**Para los residentes de Oregón:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de reclamo o una petición de cobertura que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a algún hecho material en el que se basaba la aseguradora está sujeta a la negación y/o reducción de los beneficios de la cobertura y puede quedar sujeto a las penalidades civiles disponibles.

**Para los residentes de Pensilvania:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de reclamo o una petición de cobertura que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a algún hecho material, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un crimen, y esa persona quedará sujeta a penalidades criminales y civiles.

**Firma - Tenga lea la declaración que se aplica a su estado de residencia y firmar la parte inferior de la página.**

**Para los residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, deliberadamente y con la intención de engañar, presente información falsa en una solicitud de seguros o presente, asista en, o cause la presentación de un reclamo de pago fraudulento por una pérdida u otro beneficio, o presente más de un reclamo para el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito y, tras la condena, será sancionado, por cada violación, con una multa no menor que cinco mil dólares (\$ 5,000) y no mayor que diez mil dólares (\$ 10,000) o con un período ijo de encarcelamiento de tres (3) años o con ambas penalidades. Si se presentaran circunstancias agravantes, la pena establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Para los residentes de Virginia:** Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

**Para los residentes de Nueva York:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de reclamo o una petición de cobertura que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a algún hecho material, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un crimen y dicha persona quedará sujeta a una penalidad civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo para cada violación.

Las declaraciones contenidas en esta solicitud para los ingresos por beneficios de incapacidad a largo plazo son verdaderas y están completas a mi mejor saber y entender.

\_\_\_\_\_

Firma del empleado

\_\_\_\_\_

Fecha

La transferencia electrónica de fondos (EFT) es nuestro método de pago estándar. Al tomar nuestra decisión con respecto al reclamo, es posible que nos pongamos en contacto con usted para obtener su información bancaria.

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Permito a todos los médicos, hospitales, otros proveedores de servicios médicos, farmacias, administradores de servicios farmacéuticos, agencias gubernamentales (incluyendo, entre otros, a la Administración Federal, Estatal o Local y a la Administración de Seguros Sociales y la Administración de Veteranos), aseguradoras, empleadores, instituciones financieras, instituciones educativas, planes de salud, corredores de seguros de salud, asegurados, titulares de contrato, distribuidores, aseguradoras de salud y beneficios y administradores y sus sucesores ("Titulares de los Historiales") a que proporcionen y discutan con Humana Insurance Company ("Humana") and/or its Third Party Administrator ("TPA") y sus representantes la siguiente información personal, privada o privilegiada, expedientes o documentos relacionados con:

Nombre del Asegurado (en letra de imprenta)      Fecha de nacimiento      Empleador/nombre del Asegurado:

Todos y cada uno de mis datos o registros médicos, incluyendo historias clínicas, exámenes físicos, mentales o de diagnóstico, registros farmacéuticos y notas de tratamiento, con información sobre VIH/SIDA, enfermedades contagiosas, drogodependencia o alcoholismo y salud mental o conductual (que no abarca las notas de psicoterapia); información y antecedentes laborales y de desempeño, incluyendo tareas y ganancias; información sobre la cobertura de seguros que tuviera y los reclamos presentados, incluyendo todos los registros y la información sobre dicha cobertura y reclamos; información financiera, incluyendo beneficios jubilatorios y registros bancarios; registros de facturación y pago por transacciones comerciales; certificados académicos; así como toda información sobre las prestaciones del Seguro Social o de otra entidad gubernamental, incluyendo los montos de los beneficios mensuales, la cantidad de los pagos al mes, las fechas de asignación y la información de mi registro general de beneficiarios. Humana and/or its TPA (así como sus subsidiarias y filiales) utilizará la información recabada en virtud de esta autorización con el objeto de evaluar y gestionar mi/s reclamo/s para recibir beneficios, mi/s solicitudes de licencia/s o mi/s pedido/s para que se dispongan adaptaciones. Se utilizará la frase «mi información» para referirse colectivamente a dichos datos.

Entiendo que una vez que se dé a conocer mi información a Humana and/or its TPA según aquí se estipula, la aseguradora puede a su vez divulgarla de acuerdo con lo permitido legalmente o según mi autorización posterior. Sin perjuicio de ello, autorizo a Humana and/or its TPA a usar o a divulgar mi información (I) a mi empleador para: a) llevar adelante actividades relativas a adaptaciones por mis restricciones o limitaciones, que comprende las establecidas por ley; b) contestar los reclamos sobre adaptaciones o por trato adverso o discriminatorio en relación con mi reclamo o afección; c) contestar denuncias efectuadas por mí o mi representante acerca de beneficios, licencias o adaptaciones; d) contestar un litigio, un proceso por parte de una agencia o ente regulador, un recurso, otro tipo de método para la resolución de controversias o una citación legal (incluso en materia de reclamos laborales); e) gestionar licencias federales, estatales o de otra índole; f) cumplir con las obligaciones fiduciarias de mi plan de beneficios; o g) efectuar análisis de reclamos, otras auditorías o programas de beneficios; (II) a administradores u otros proveedores de servicios —como prestadores médicos y del área del bienestar— del plan o de los planes o programas de beneficios que tiene mi empleador —como la administración de licencias— para llevar adelante actividades relacionadas con el plan, el beneficio o el programa, o para la consolidación y el análisis de datos; (III) a todos los sistemas o programas electrónicos de reclamos o a todos los proveedores externos empleados para administrar o procesar reclamos, o a todo productor de seguros para que desempeñe tareas en relación con mi plan o programa de beneficios o reclamo; (IV) a todo profesional de la salud que me trató o evaluó, o que pueda llegar a hacerlo; (V) a otras personas o entidades que brindan servicios comerciales, médicos o legales relativos a mi reclamo; (VI) para demás fines de seguros, reaseguros o de análisis, incluyendo el seguro de indemnización laboral, el seguro por discapacidad del Seguro Social, o con fines de subrogación o reintegros; (VII) según se exija legalmente; (VIII) según sea razonablemente necesario para proteger la seguridad personal de otras personas o de mí mismo/a; (IX) según sea razonablemente necesario para contestar denuncias en materia reglamentaria o de índole similar; y (X) según sea razonablemente necesario a fin de evitar o detectar un fraude. Entiendo que entre la información sobre mi persona que se entregue a Humana and/or its TPA y a su vez se comunique a otros puede haber información relativa a drogodependencia, alcoholismo, VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas, así como registros sobre salud mental y conductual.

**(Continúa en la siguiente página)**

Entiendo que una vez que se proporcione mi información de acuerdo con lo permitido en el presente formulario, es posible que las leyes de privacidad federales ya no la protejan y Humana and/or its TPA pueda volver a divulgarla. Asimismo, entiendo que el destinatario de la información que se dé a conocer en virtud de esta autorización puede volver a divulgarla. La autorización que aquí se establece caduca a los dos años a partir de la fecha que se indica más adelante, o cuando yo la revoque por escrito —en caso de que lo hiciese antes de cumplirse dicho plazo—, excepto según sea razonablemente necesario para evitar o detectar un fraude, adjudicar un reclamo por beneficios, contestar reclamos en materia reglamentaria o de índole similar, o proteger la seguridad personal de otras personas o de mí mismo/a. Entiendo que si Humana and/or its TPA es el administrador del programa autoasegurado de discapacidad o licencias que tiene mi empleador, este último tiene derecho a recibir mis registros sin necesidad de contar con la presente autorización. Entiendo que retirar esta autorización no tiene validez en la medida en que alguno de los poseedores de los archivos o Humana and/or its TPA hayan recurrido a la presente o en la medida en que Humana and/or its TPA esté facultado legalmente para impugnar la póliza o un reclamo presentado para recibir beneficios. Si no firmo esta autorización, The Hartford no podrá estudiar mi reclamo a fin de saber si reúno los requisitos para recibir los beneficios, lo cual puede hacer que se demore el proceso o que se rechace mi solicitud.

La Información que se divulgue bajo los términos de esta autorización se puede entregar a Humana and/or its TPA por medios electrónicos, por teléfono, fax o por correo. Acepto que una copia de esta Autorización puede tratarse como un original firmado. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización previa solicitud. Si existen discrepancias entre una solicitud anterior de restricción de divulgación de Mi Información y esta Autorización, esta última prevalecerá.

**AVISO A LOS PROVEEDORES DE INFORMACIÓN:**

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) prohíbe que los empleadores y a otras entidades incluidas en la GINA, Título II, soliciten o exijan información genética de un individuo o un miembro de la familia del individuo a excepción de lo específicamente establecido por esta ley. Con el fin de cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La “información genética”, según la define la GINA, incluye el historial médico de la familia de un individuo, los resultados de pruebas genéticas de un individuo o uno de sus familiares, el hecho de que un individuo o uno de sus familiares hayan buscado o recibido servicios genéticos y la información genética de un feto engendrado por un individuo o uno de sus familiares o un embrión conservado legalmente por un individuo o uno de sus familiares que reciba servicios de reproducción asistida. *Tenga en cuenta que, bajo la GINA, es procedente proporcionar el historial médico familiar de un empleado cuando el mismo solicita permiso para cuidar un familiar.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante o de su representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Parentesco con el Solicitante** *(si está firmado por el Representante Legal)*

**El formulario debe estar firmado y fechado.**



Envíe el formulario completo a:  
 Número de fax: (855) 864-0530  
 Humana Insurance Company  
 P.O. Box 14294  
 Lexington, KY 40512-4294

### Primer informe del médico especialista

Para ser completado por el Proveedor (El paciente es responsable de cualquier gasto relacionado con el llenado de este formulario)

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre (o cómo prefiere que lo llamen): \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Número de reclamo: \_\_\_\_\_

**Nivel de funcionalidad** (Indique el rango completo de las capacidades del paciente, según los datos de salud y su opinión. Inferiremos que no hay restricciones en las funciones, excepto que se especifiquen a continuación).

Se prevé que las restricciones o limitaciones que se indican a continuación se prolongarán HASTA     /    /      
MM DD AAAA

En una jornada laboral el paciente puede: (elijá si es de forma continua o intermitente)

	Continuamente c/ descansos normales		Intermitente c/ descansos normales		Si es intermitente, haga un círculo a las horas por sección:	
					Cantidad de horas seguidas	Horas totales en una jornada laboral
Estar sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__	__
Estar de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__	__
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__	__

**Leyenda:** C = Continuamente (de 5.5 a 8 horas) F = Frecuentemente (de 2.5 a 5.5 horas) O = Ocasionalmente (hasta 2.5 horas) N = Nunca

Capacidad para realizar la actividad	C	F	O	N	Capacidad para realizar la actividad	Der./Izq.	C	F	O	N
<input type="checkbox"/> Conducir	<input type="checkbox"/> Ponerse en cuclillas/ de rodillas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Llevar peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mano dominante	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Subir	<input type="checkbox"/> Manipulación fina	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Inclinar	<input type="checkbox"/> Manipulación gruesa	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Levantar peso (máx.) __LBS.	<input type="checkbox"/> Extender los brazos por encima de los hombros	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Carga (máx.) __LBS.	<input type="checkbox"/> Extender los brazos por debajo de los hombros	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Pruebas diagnósticas, análisis de laboratorio y estudios por imágenes realizados o planeados** (en relación con el diagnóstico incapacitante)

**Realizados:**  Radiografía     /    /      RM     /    /      TAC     /    /      ECG     /    /      
MM DD AAAA MM DD AAAA MM DD AAAA MM DD AAAA  
 Ecocardio     /    /      EMG     /    /      Análisis de laboratorio     /    /      
MM DD AAAA MM DD AAAA MM DD AAAA

**Datos de las pruebas completadas:**  Sin datos de interés  Se confirma el diagnóstico

**Planeados:**  Radiografía  RM  TAC  ECG  Ecocardio  EMG  Análisis de laboratorio Fecha prevista     /    /      
MM DD AAAA

**Información del prestador**

Nombre del prestador: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Número de identificación patronal (EIN): \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Número de licencia: \_\_\_\_\_

Firma del prestador: \_\_\_\_\_ Fecha:     /    /      
MM DD AAAA