



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
Mutual of Omaha Insurance Company
Mutual of Omaha Affiliates

Gestión de reclamos de seguros grupales
3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001
Línea gratuita (800) 877-5176
Fax (402) 997-1865
Correo electrónico newdisabilityclaim@mutualofomaha.com

Una guía para completar adecuadamente el formulario de reclamo de incapacidad grupal

Mutual of Omaha agradece la oportunidad de proveerle una valiosa protección para sus ingresos. Confiamos en la información que usted proporciona en este formulario para determinar eficazmente si califica para los beneficios grupales de incapacidad.

Esta guía provee información e instrucciones para ayudarlo a completar y enviar correctamente el formulario de reclamo. Consulte a su empleador/administrador de beneficios si necesita ayuda para proporcionar información a través del formulario.

Consejos importantes para enviar copias en papel

- Antes de enviar el formulario, asegúrese de haber incluido toda la información y de haber respondido todas las preguntas de manera completa y precisa. Si falta información o no puede leerse (es ilegible), el procesamiento de su formulario se retrasará.
- Consulte las siguientes pautas para cada sección, que le proveerán información importante para poder completar adecuadamente el formulario.
- Realice una copia del formulario completado para sus registros antes de enviarlo a Mutual of Omaha/United of Omaha.

Advertencias obligatorias sobre fraudes

Antes de completar el formulario de reclamo, lea las Advertencias obligatorias sobre fraudes que aparecen en la siguiente página.

Pautas para la sección 1: Declaración del empleado

El empleado debe completar esta sección. Responda a todas las preguntas para evitar posibles retrasos. Todas las fechas deben indicar el mes, el día y el año.

A. Información personal

- El número de directiva de grupo tendrá ocho caracteres, comenzando con "G000" seguido de cuatro letras o números adicionales específicos de su empleador.
- Escriba el peso en libras y la altura en pies y pulgadas.
- "Puesto/título de trabajo" se refiere al título del puesto que usted ocupa con el empleador.
- Indique cualquier otro plan de Mutual of Omaha/United of Omaha con el que esté actualmente asegurado.

C. Información sobre su afección incapacitante

- "Fecha del primer tratamiento" es la fecha en que buscó atención médica por primera vez debido a la afección incapacitante.

D. Información sobre el trabajo

- El último día trabajado es el día antes de que usted se ausentara por primera vez del trabajo debido a la afección incapacitante.

E. Información de atención y tratamiento

- Proporcione el nombre, la especialidad, el teléfono y la dirección de cada médico u hospital que lo trató por su afección incapacitante.

F. Información sobre otros beneficios de ingresos

- "Otros ingresos" se refiere al dinero que está recibiendo o ha solicitado recibir de cualquier fuente, además de su reclamo por beneficios por incapacidad con Mutual of Omaha/United of Omaha.
- Marque todas las fuentes adicionales de ingresos que correspondan.

G. Información para la retención de impuestos

- Si usted recibe el pago de su reclamo, indique si desea que Mutual of Omaha retenga impuestos sobre los ingresos de su pago de beneficios, y si es así, indique la cantidad. El mínimo es de **\$88** por mes.

H. Firma

- Su firma es un requisito obligatorio.

Educación, formación y experiencia laboral

- El empleado debe completar este formulario. Asegúrese de que todas las preguntas han sido respondidas de forma completa y precisa. Si falta información o no puede leerse (es ilegible), el procesamiento de su formulario se retrasará.
- Los servicios de rehabilitación profesional incluyen, entre otros, (a) modificación del trabajo; (b) asignación laboral; (c) nueva formación; y (d) otras actividades razonablemente necesarias para ayudarlo a volver al trabajo.

Autorización para divulgar información personal

El empleado debe completar esta autorización.

- Lea todos los puntos de esta sección. Al firmar la autorización, usted está solicitando beneficios de discapacidad a largo plazo con Mutual of Omaha/United of Omaha, y acepta permitir la divulgación de información personal a las partes necesarias para fines de procesamiento de reclamos.
- Si el nombre relacionado con cualquiera de sus historias clínicas es diferente del nombre provisto en el formulario, incluya cualquier nombre alternativo. Esto podría ocurrir en caso de un cambio de nombre debido al matrimonio o adopción, por ejemplo.
- **IMPORTANTE:** El formulario debe estar firmado por usted para considerarse completado.

Pautas para la sección 2: Declaración del empleador

El empleador deberá completar esta sección. Responda a todas las preguntas para evitar posibles retrasos. Todas las fechas deben indicar el mes, el día y el año.

A. Información sobre el empleador

- El número de directiva de grupo tendrá ocho caracteres, comenzando con "G000" seguido de cuatro letras o números adicionales.

B. Información sobre el empleado

- "Fecha de cobertura con este plan" indica la fecha en que la cobertura del empleado entró en vigencia.
- "Fecha de cobertura con plan anterior" indica la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del empleado con un plan anterior al del plan de Mutual of Omaha.
- "Número de horas que el empleado trabaja regularmente" se refiere a la cantidad de horas que el empleado típicamente trabaja por día o por semana para el empleador.

C. Información para la retención de impuestos

- Si esta sección no se completa, Mutual of Omaha asumirá que la prima pagada por el empleado es con dólares antes de impuestos.
- De no ser así, indique lo contrario y proporcione el porcentaje del monto.

E. Información para la exención de seguro de vida

- "Fecha de terminación del seguro de vida" se refiere al primer día sin cobertura vigente.
- Si corresponde, "Pago hasta la fecha" para el seguro de vida grupal se refiere a la fecha en la que vence la siguiente prima..

F. Información sobre su plan de pensión

- Esta sección no es aplicable si la afección incapacitante es la maternidad.

H. Información sobre el salario del empleado

- Indique el método de pago para el empleado.
- Si es por hora, indique también la tarifa por hora que se le paga al empleado.
- Adjunte la documentación de nómina como información de respaldo.

Pautas para la sección 3: Análisis de trabajo

El empleador deberá completar esta sección si no existe una descripción formal para el trabajo. Si no hay una descripción formal del trabajo disponible, responda a todas las preguntas para evitar posibles retrasos. Todas las fechas deben indicar el mes, el día y el año.

A. Información sobre el trabajo del empleado

- "Ocasionalmente" significa que el empleado realiza esta actividad hasta el 33 por ciento del tiempo.
- "Frecuentemente" significa que el empleado realiza la actividad del 34 al 66 por ciento del tiempo.
- "Continuamente" significa que el empleado realiza la actividad del 67 al 100 por ciento del tiempo.

B. Aspectos físicos del trabajo

- Marque todas las actividades que se apliquen al trabajo del empleado.
- Indique la frecuencia con la que el empleado realiza la actividad utilizando las pautas de la sección A, información sobre el trabajo del empleado.

Pautas para la sección 4: Firma y documentación adjunta

- Adjunte una copia de la descripción del trabajo del empleado a la solicitud de reclamo.
- Adjunte cualquier documentación adicional que pueda ser útil para revisar la solicitud, incluidas explicaciones adicionales para cualquiera de las preguntas de la solicitud.
- Su firma es un requisito obligatorio.

Pautas para la sección 5: Declaración del médico tratante

El médico tratante debe completar esta sección. Responda a todas las preguntas para evitar posibles retrasos. Todas las fechas deben indicar el mes, el día y el año.

Advertencias de fraude

Advertencias obligatorias sobre fraude

(las advertencias específicas para cada estado se aplican para los residentes de dicho estado)

Advertencia de fraude: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material relevante, estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Alabama: Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y quedará sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de estos.

Arkansas/Kentucky/Louisiana/Maine/Nuevo México/Ohio/Tennessee: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

California: Para su protección, la ley de California exige que la siguiente información aparezca en este formulario: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida será culpable de un delito, y quedará sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una empresa de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha empresa. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o una denegación de beneficios de seguro y daños civiles. Cualquier empresa de seguros o agente de una compañía de seguros que deliberadamente proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o solicitante con el fin de defraudar o intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen penas de prisión o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si un solicitante proporciona información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

Kansas: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles determinadas por un tribunal de justicia.

Maryland: Cualquier persona que deliberada o conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

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

Nueva York: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

Oregón: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que proporcione información oral o escrita, u ofrezca cualquier testimonio sobre acciones ilegales o inadecuadas, que debido a su naturaleza constituyan acciones fraudulentas para las empresas aseguradoras, a sabiendas de que los datos son falsos, estará cometiendo un delito grave y, tras la condena, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5000) y no más de diez mil dólares (\$10 000) por cada infracción, o una pena fija de prisión por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que se produzcan circunstancias agravantes, la sanción fija así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Vermont: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Islas Vírgenes: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material relevante, estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

Formulario de reclamo de incapacidad

3300 Mutual of Omaha Plaza | Omaha, NE 68175-0001
Teléfono (800) 877-5176 (línea gratuita) | Fax (402) 997-1865
Correo electrónico newdisabilityclaim@mutualofomaha.com

¿Qué tipo de cobertura de incapacidad tiene?

Incapacidad a corto plazo Incapacidad a largo plazo Ambas

Sección 1: Declaración del empleado (responda todas las preguntas para evitar retrasos.)

A. Información personal

| | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|---|
| Apellido del empleado | Primer nombre del empleado | Inicial del segundo nombre del empleado | Número de póliza grupal | | | |
| Dirección del empleado | Ciudad del empleado | Estado/provincia del empleado | Código postal del empleado | | | |
| Teléfono () | Dirección de correo electrónico del empleado | Número de seguridad social del empleado | | | | |
| Fecha de nacimiento del empleado | Altura | Peso | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Diestro/a <input type="checkbox"/> Zurdo/a | <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a |
| Nombre de su empleador (incluya división/ubicación, si corresponde) | | | | Su puesto/título del trabajo | | |

¿Con qué cobertura de pólizas de Mutual of Omaha/United of Omaha cuenta actualmente? ¿Tenía cobertura de incapacidad antes de entrar en vigencia con Mutual of Omaha? Sí No

Aviso importante: Si tiene seguro de vida grupal a través de su empleador, contáctese con su administrador de beneficios lo antes posible para determinar qué opciones tiene disponibles para continuar con su seguro de vida. Algunas opciones requieren acciones 31 días a partir de la fecha en que deje el trabajo o la cobertura finalice para obtener la continuación del seguro de vida.

Si su cobertura fue redactada en California, Carolina del Norte o Michigan, e incluye beneficios de sobreviviente, verifique su póliza para saber si puede elegir un beneficiario para beneficios de sobreviviente. Si es así, puede obtener un formulario de designación de beneficiarios en Internet o con su empleador.

B. Información sobre su familia (necesaria para determinar su elegibilidad para beneficios de seguridad social.)

| | | | |
|--|--|---------------------------------|--|
| Spouse's Name | Número de seguridad social del cónyuge | Fecha de Nacimiento del cónyuge | ¿Su cónyuge tiene empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Nombre y apellido de cualquier hijo menor de 25 años | Fecha de nacimiento | Número de seguridad social | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |

C. Información sobre su afección incapacitante

1. Si su incapacidad se debe a una lesión o enfermedad, responda las siguientes preguntas y luego continúe al punto 3 debajo.

¿Cuándo ocurrió la lesión?

¿Dónde y cómo ocurrió la lesión?

¿Cuál es la fecha en que recibió tratamiento por primera vez con un médico?

2. Si su incapacidad se debe a un embarazo o una enfermedad, responda las siguientes preguntas. Si su incapacidad no está relacionada con el embarazo, avance a la pregunta n.º 3.

¿Cuáles fueron sus primeros síntomas?

¿Cuándo notó por primera vez dichos síntomas?

¿Cuál es la fecha en que recibió tratamiento por primera vez con un médico?

3. Si su incapacidad se debe a una lesión o una enfermedad, pero no al embarazo, responda las siguientes preguntas.

¿Por qué es incapaz de trabajar?

Antes de dejar de trabajar, ¿su afección le exigió cambiar su trabajo o la forma en que hacía su trabajo? Sí No Si la respuesta es Sí, especifique a continuación.

¿Su afección está vinculada a su trabajo? Sí No Si la respuesta es Sí, especifique a continuación.

¿Ha presentado o tiene intenciones de presentar una solicitud de indemnización por accidente laboral? Sí No

D. Information About Work

¿Cuál fue la fecha en que trabajó por última vez antes de la incapacidad? Durante su último día de trabajo, ¿trabajó la jornada completa? Sí No Si la respuesta es No, especifique.

¿Fecha en la que fue incapaz de trabajar por primera vez? ¿Ha regresado al trabajo? Sí, a medio tiempo Sí, a tiempo completo No ¿En qué fecha regresó al trabajo?

Si todavía no ha regresado al trabajo, ¿espera hacerlo? Sí, a medio tiempo Sí, a tiempo completo No

¿En qué fecha espera poder regresar al trabajo?

¿Actualmente es empleado autónomo o trabaja para otro empleador? Sí No Si la respuesta es Sí, explique en detalle.

E. Information About Care and Treatment (If additional space is needed, please provide details on a separate page.)

| | | |
|--|--|-------------------------|
| Nombre del médico que brindó la primera atención médica por su incapacidad actual. | Especialidad del médico | Teléfono () Fax () |
| Dirección del médico | Fecha/s en que visitó a dicho médico Del _____ Al _____ | |

Indique a continuación cualquier otro médico u hospital que haya visitado para esta afección.

| | | |
|------------------------|--|-------------------------|
| Nombre del médico | Especialidad del médico | Teléfono () Fax () |
| Dirección del médico | Fecha/s en que visitó a dicho médico Del _____ Al _____ | |
| Nombre del médico | Especialidad del médico | Teléfono () Fax () |
| Dirección del médico | Fecha/s en que visitó a dicho médico Del _____ Al _____ | |
| Nombre del médico | Especialidad del médico | Teléfono () Fax () |
| Dirección del médico | Fecha/s en que visitó a dicho médico Del _____ Al _____ | |
| Nombre del hospital | Departamento de tratamiento | Teléfono () Fax () |
| Dirección del hospital | Fecha/s en que recibió tratamiento en dicho hospital Del _____ Al _____ | |
| Nombre del hospital | Departamento de tratamiento | Teléfono () Fax () |
| Dirección del hospital | Fecha/s en que recibió tratamiento en dicho hospital Del _____ Al _____ | |

F. Información sobre otros beneficios de ingresos (marque todos los beneficios que recibe o que es elegible para recibir.)

| Fuente de ingresos | Monto | Semanal/Mensual | Fecha de presentación del reclamo | Fecha de comienzo de los pagos | Fecha de finalización de los pagos |
|--|---------------|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| Jubilación de la seguridad social | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Incapacidad de la seguridad social | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Plan canadiense de pensiones | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Indemnización por accidente laboral | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Seguro estatal por incapacidad | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Pensión de jubilación | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Pensión por incapacidad | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Incapacidad a corto plazo | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Seguro por desempleo | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Seguro sin adjudicación de culpa | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Otros (incluye beneficios individuales o grupales) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | Estado | Tipo de licencia | Fecha de inicio de licencia | Fecha de finalización de licencia | Cantidad semanal |
| Licencia familiar o médica pagada por el estado | _____ | <input type="checkbox"/> Licencia familiar remunerada <input type="checkbox"/> Licencia médica remunerada | _____ | _____ | _____ |

G. Información para la retención de impuestos

En caso de aprobarse su solicitud de beneficios, ¿Mutual of Omaha/United of Omaha debería retener impuestos sobre ingresos de sus cheques de beneficios? Sí No
 Si la respuesta es Sí, ¿qué monto se debería retener de cada cheque (el mínimo es de \$88.00 por mes). \$_____00

Aviso de sobrepago: En caso de recibir un pago excesivo en cualquier momento durante la duración de este reclamo, nosotros, Mutual of Omaha Life Insurance Company (Mutual) o United of Omaha Life Insurance Company (United), solicitaremos el reembolso del monto excedente. Esta cantidad es igual al beneficio neto que recibió y any Federal Income Tax paid on your behalf for any time prior to current tax year. Your signature on the claim form authorizes Mutual or United to recover any overpaid Medicare and/or Social Security Tax that was paid on your behalf and certifies you will not attempt to recover a refund or credit of the Medicare and/or Social Security Tax with any Form W-2C that is furnished to you based on recoveries received.

H. Firma (obligatoria para todos los reclamos.)

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

Las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi saber y entender.

X _____ Firma del empleado _____ Fecha

Educación, formación y experiencia laboral

Nombre _____

Número de póliza _____

Número de reclamo _____

Formación académica

Graduado de escuela secundaria: Sí No

Si la respuesta es No, indique el último grado completado _____ Fecha de la última vez que _____

Diploma de educación general (GED): Sí No Área de especialización: General Comercial Vocacional Otra¿Asistió a la universidad? Sí No Fecha de la última vez que asistió _____

Nombre y dirección de la universidad _____

Especialidad/es _____

Estado final: Alumno de 1º año Alumno de 2º año Alumno de 3º año Alumno de 4º año Título de grado Escuela de posgrado

Título/s obtenido/s _____

Otra formación profesional _____

Certificación/es _____

Habilidades de informática _____

Servicio militar: Sí No Si la respuesta es Sí, ¿en qué división sirvió? _____

Rango _____

Especialidad _____

¿Qué programas de computadora sabe utilizar? _____

Mencione todos los idiomas que sabe hablar con fluidez _____

Experiencia laboral

Completar todos los campos. Comience desde su empleo más reciente y realice una lista cronológica.

Fecha: Del _____ Al _____

Empleador _____

Título del trabajo _____

Indique las obligaciones del trabajo _____

Indique los requisitos físicos del trabajo _____

Producto o servicio producido _____

¿Supervisó a otras personas? Sí No

¿Motivo por el que abandonó el cargo? _____

Fecha: Del _____ Al _____

Empleador _____

Título del trabajo _____

Indique las obligaciones del trabajo _____

Indique los requisitos físicos del trabajo _____

Producto o servicio producido _____

¿Supervisó a otras personas? Sí No¿Motivo por el que abandonó el cargo? _____

Fecha: Del _____ Al _____

Empleador _____

Título del trabajo _____

Indique las obligaciones del trabajo _____

Indique los requisitos físicos del trabajo _____

Producto o servicio producido _____

¿Supervisó a otras personas? Sí No

¿Motivo por el que abandonó el cargo? _____

Fecha: Del _____ Al _____

Empleador _____

Título del trabajo _____

Indique las obligaciones del trabajo _____

Indique los requisitos físicos del trabajo _____

Producto o servicio producido _____

¿Supervisó a otras personas? Sí No

¿Motivo por el que abandonó el cargo? _____

Fecha: Del _____ Al _____

Empleador _____

Título del trabajo _____

Indique las obligaciones del trabajo _____

Indique los requisitos físicos del trabajo _____

Producto o servicio producido _____

¿Supervisó a otras personas? Sí No

¿Motivo por el que abandonó el cargo? _____

Cursos adicionales, pasatiempos y habilidades especiales. Sea específico, como habilidades de informática personal o profesional, ventas, carpintería, reparación de vehículos, etc.

¿Está participando actualmente de un programa de rehabilitación vocacional? Sí No

Si la respuesta es Sí, indique el nombre, dirección y número de teléfono del trabajador social de rehabilitación _____

¿Le interesa conocer más sobre nuestro programa de rehabilitación vocacional? Sí No

¿Cuál es su objetivo de empleo o qué otro trabajo le interesaría realizar? _____

Fecha _____ **Firma** _____

Autorización para divulgar información personal

1. Yo (el abajo firmante) autorizo a cualquier médico, odontólogo, farmacéutico, otro proveedor de atención médica, hospital, clínica o centro médico, aseguradora, reaseguradora, organización de apoyo a los servicios de seguros, empleador, agencia gubernamental, agencia de informes de solvencia, o la póliza de seguros o el administrador del plan de beneficios para divulgar registros que contengan la Información Personal de:

Nombre del solicitante _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____ Número de seguridad social _____

2. **Información personal que se divulgará:**

- datos o registros sobre mi historia clínica, tratamiento, recetas, consultas (incluidos informes médicos y psicológicos, registros, gráficos, notas (excluidas notas de psicoterapia), radiografías, imágenes o correspondencia, y cualquier afección médica que tenga o haya tenido;
- cualquier información relacionada con la cobertura del plan de beneficios o del seguro, reclamos o beneficios; o
- cualquier información, datos o registros relacionados con mis actividades (incluidos registros relacionados con mi seguridad social, indemnización por accidente laboral, ingresos de jubilación, información financiera, ganancias e historial laboral)

3. **Autorizo a divulgar mi información personal con:**

Servicios de gestión de reclamos de seguros grupales
Mutual of Omaha Insurance Company/United of Omaha Life Insurance Company
3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001
or Fax: 402-997-1865 o correo electrónico: newdisabilityclaim@mutualofomaha.com

4. **Entiendo que Mutual utilizará mi información personal con el fin de evaluar mi solicitud de beneficios, o en la medida que lo exige o permite la ley, y que, en caso de no firmar esta autorización, no recibiré el pago de mi solicitud de beneficios. También autorizo a Mutual a divulgar mi información personal de la siguiente manera:**

- a su reaseguradora, u otras personas u organizaciones que proporcionan servicios comerciales, legales o de apoyo a seguros en relación con mi/s reclamo/s; o
- a un proveedor especializado en la solicitud de Beneficios de Incapacidad de la seguridad social; o
- a proveedores/consultores que me proporcionen servicios relacionados con el bienestar, la incapacidad o la licencia como parte de un plan de beneficios patrocinado por el empleador; o
- para planes de incapacidad autoasegurados solamente, a mi empleador; o
- para planes totalmente asegurados a mi empleador para su uso en discusiones con Mutual con respecto a mi capacidad funcional, y cualquier restricción y limitaciones relacionadas, con el fin de facilitar mi regreso al trabajo; o
- lo que por lo demás exija o permita la ley, o según yo lo autorice

5. Entiendo que mi información personal puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y que ya no estará protegida por la ley federal o estatal.

6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud escrita para Mutual en la dirección mencionada anteriormente. Si revoco esta Autorización, no afectará ningún uso o divulgación de información personal que haya ocurrido antes de que Mutual reciba mi revocación. Si no se recibe la revocación por escrito, esta Autorización seguirá siendo válida hasta 24 meses después de la fecha firmada.

7. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización y que una copia tiene la misma validez que el original.

CONSERVE UNA COPIA FIRMADA PARA SUS REGISTROS

Nombre/s utilizado/s para los registros (si es diferente del nombre siguiente): _____

Firma del solicitante

Fecha

Si corresponde: Soy el representante legal del solicitante y estoy autorizado a dar el consentimiento en representación del solicitante.

Nombre impreso del representante legal _____

Firma del representante legal _____

Tipo de representante legal _____

ESTA AUTORIZACION CUMPLE CON HIPAA Y OTRAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

Autorización de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)

Depósito directo de pagos de beneficios por incapacidad

Entiendo que, al completar este formulario, estoy autorizando a United of Omaha Life Insurance Company a depositar directamente en mi cuenta bancaria a través de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) los pagos que me corresponden conforme un contrato emitido por United of Omaha a mi institución financiera con la información proporcionada a continuación, como crédito a mi cuenta. Además, autorizo y ordeno al banco a cobrar a dicha cuenta o a la cuenta de mi patrimonio por cualquier pago realizado por error según lo determinado por United of Omaha y a reembolsar dicho pago realizado después de mi muerte o realizado por error, y a reembolsar cualquier pago de esta índole a United of Omaha bajo su solicitud previa por escrito al banco.

Además, comprendo y acepto que es mi responsabilidad verificar que toda la información bancaria incluida en este formulario sea precisa y correcta para el correspondiente depósito de mi/s pago/s, y que United of Omaha puede confiar en esta información y no tendrá obligación de verificar que dicha información sea correcta. Completar este formulario no garantiza el pago de los beneficios.

Además, entiendo y acepto que perderé cualquier pago o pagos realizados a una cuenta bancaria incorrecta de conformidad con la información incluida en este formulario, y que United of Omaha no tiene ninguna obligación de recuperar esos fondos o realizar pagos de reemplazo.

Además, entiendo y acepto por mí mismo, mis herederos, ejecutores y bienes a indemnizar y liberar de toda responsabilidad a United of Omaha por cualquier pérdida o daño de cualquier naturaleza, incluidos costos u honorarios de abogados incurridos por motivo de que dicho banco actúe de conformidad con esta Autorización.

Además, entiendo y acepto que United of Omaha no es responsable de ningún cargo bancario ni otros costos asociados con este acuerdo o que puedan surgir de él.

Entiendo, además, que si mi banco no puede recibir EFT, los cheques se enviarán por correo a mi residencia.

Me reservo el derecho de revocar y cancelar esta autorización. Dicha revocación y cancelación entrará en vigor dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción del aviso por parte de United of Omaha.

| Información del beneficiario | Información bancaria |
|---|---|
| Nombre completo | Nombre del banco |
| Dirección | Dirección |
| Dirección | Dirección |
| Ciudad | Ciudad |
| Estado y código postal | Estado y código postal |
| Número de teléfono () | Número de teléfono () |
| Número de seguridad social | Número de cuenta |
| Número de póliza | Número de enrutamiento/tránsito de ABA del banco |
| Número de reclamo | <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Caja de ahorro (Marcar solo una) |
| Número de beneficiario (solo para uso interno) | Aprobado por/fecha (solo para uso interno) |

X _____

Firma de beneficiario

_____ Fecha

Información de contacto

Adjunte un cheque anulado para cuenta corriente O **un talón de depósito para caja de ahorro, y reenvíe este formulario a:**

United of Omaha Life Insurance Company
HO8W-GDMS
3316 Farnam Street
Omaha, NE 68172-7420

Si tiene alguna pregunta con respecto a la EFT, contáctese con nuestros representantes de atención al cliente a nuestra línea gratuita 800-877-5176 (lunes a jueves de 7 a.m. a 5:30 p.m. y viernes de 7 a.m. a 5 p.m. CST).

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

Sección 2: Declaración del empleador (responder a todas las preguntas para evitar retrasos.)

| | | |
|------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Nombre del empleado | Número de seguridad social | Fecha de nacimiento |
| Dirección del empleado | Número de teléfono del empleado | |

A. Información sobre el empleador

| | | |
|---|----------------------------|---|
| Nombre de la empresa | Número de póliza grupal | N.º o descripción de clase |
| Dirección de la empresa (número, calle, ciudad, código postal del estado) | Teléfono de la empresa () | Fax de la empresa () |
| Nombre y dirección del sitio donde trabaja el empleado | Número del lugar | Teléfono del lugar () Fax del lugar () |

B. Información sobre el empleado

¿Qué tipo de cobertura de incapacidad tiene el empleado? Incapacidad a corto plazo Incapacidad a largo plazo Ambas

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| Fecha de contratación del empleado | Fecha en que el empleado se aseguró con este plan _____ | ¿Número de horas que el empleado trabaja regularmente por día/por semana? |
| | Fecha de cobertura con plan anterior _____ | _____ Cantidad de horas por semana _____ Cantidad de horas por día |

C. Información para la retención de impuestos

Si esta sección queda en blanco, calcularemos los impuestos FICA con los siguientes criterios: el 100 % de la contribución del empleador o cualquier porción pagada por el empleado se paga con dólares antes de impuestos.

¿Contribuye el empleado al empleado luego de impuestos? Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué porcentaje paga el empleado? _____% luego de impuestos

D. Información sobre el reclamo

Antes de que el empleado necesitara una licencia, ¿se realizaron cambios en las obligaciones laborales del empleado debido a su afección incapacitante? Sí No

Si la respuesta es "Sí", describa los cambios y cuándo se realizaron.

| | | |
|--|--|---|
| Fecha de la última vez que el empleado trabajó | ¿El empleado trabajó la jornada completa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, ¿cuántas horas trabajó? | ¿Cuál era el estado de empleo del empleado durante su primer día de licencia? |
| ¿Cuál era el puesto de trabajo permanente del empleado durante el último día que trabajó? | ¿Por cuánto tiempo ocupó el empleado ese puesto de trabajo específico? | |
| ¿Por qué dejó de trabajar el empleado? | ¿El empleado ha regresado al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? | |
| ¿La afección del empleado está relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Se ha presentado una solicitud de indemnización por accidente laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, envíe el informe inicial de enfermedad/lesión y el aviso de adjudicación. | |
| Nombre del asegurado de la indemnización por accidente laboral | Dirección del asegurado de la indemnización por accidente laboral | Nombre y número de teléfono de la persona de contacto |

E. Información para la exención de seguro de vida

Aviso importante: Para empleados de 60 años de edad o más, consulte las disposiciones de la póliza con respecto a la continuación de cobertura de seguro de vida grupal y los derechos de conversión.

¿El empleado está cubierto por una póliza de vida grupal de United of Omaha? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de entrada en vigencia del seguro de vida?

F. Información sobre su plan de pensiones (no completar para maternidad.)

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| ¿Tiene algún plan de pensión? | Si la respuesta es Sí, ¿de qué tipo? | <input type="checkbox"/> Plan de beneficios definidos | <input type="checkbox"/> 401(k) | <input type="checkbox"/> Reparto de beneficios |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Plan de contribución definida | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | | |
| ¿El empleado es elegible para su plan de pensión? | Si es elegible, ¿el empleado es participante? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es Sí, ¿cuándo será elegible el empleado para beneficios del plan de pensiones? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si el empleado es elegible pero no participa, explique por qué. | | | |

¿Qué porcentaje de su salario contribuye el empleado a su pensión? _____%

¿El empleado recibe beneficios de pensión por incapacidad/jubilación? Sí No

Si la respuesta es Sí, complete los siguientes campos: Fecha de entrada en vigencia de los beneficios _____ ¿Monto mensual? _____

G. Información sobre sus políticas de reconstratación o regreso al trabajo

¿Su empresa respalda la reconstratación si el empleado es incapaz de regresar al trabajo después del tiempo de licencia protegida? Sí No

¿Su empresa ofrece un programa de trabajo de transición y regreso al trabajo mientras el empleado todavía está utilizando su licencia protegida? Sí No

No ¿Con quién deberíamos comunicarnos en caso de identificar una opción de trabajo de transición y regreso al trabajo? Nombre/Título
Contact Number

H. Información sobre el salario del empleado (adjunte la documentación de nómina como información de respaldo.)

(Marque todas las que correspondan) El empleado recibe remuneración por hora (\$ _____ de tarifa por hora) es asalariado
 recibe comisiones recibe bonificaciones

¿El empleado presentará una solicitud de beneficios por incapacidad provisto por algún plan de gestión laboral, plan de seguro estatal por incapacidad o plan sindical de asistencia social para empleadores/empleados? Sí No Si la respuesta es Sí, responda las siguientes preguntas.

¿Monto semanal? ¿Fecha de entrada en vigencia de los beneficios? ¿Fecha de finalización de los beneficios?

¿El empleado es elegible para continuación de salario? Sí No Si la respuesta es Sí, responda las siguientes preguntas.

¿Monto semanal? ¿Fecha de entrada en vigencia de los beneficios? ¿Fecha de finalización de los beneficios?

¿El empleado es elegible para la licencia por enfermedad? Sí No Si la respuesta es Sí, responda las siguientes preguntas.

¿Monto semanal? ¿Fecha de entrada en vigencia de los beneficios? ¿Fecha de finalización de los beneficios?

Ingresos básicos del empleado conforme lo define la póliza: Fecha de entrada en vigencia del salario: ¿Número promedio de horas trabajadas por semana?
\$ _____ semanal mensual

Sección 3 - Análisis del trabajo (Debe completarla el supervisor del empleado o el Departamento de RR. HH. solo si no existe una descripción formal del trabajo. Si esta no existe, responda todas las preguntas para evitar retrasos.)

A. Información sobre el trabajo del empleado

Título del trabajo ¿Educación o capacitación mínima necesaria? ¿Durante cuánto tiempo estará disponible el trabajo del empleado?

¿El empleado realiza funciones de supervisión? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿a cuántas personas supervisa?

Describa las obligaciones del trabajo del empleado.

Indique cómo se relaciona cada uno de los siguientes elementos con el trabajo del empleado.

| | Ocasionalmente (0%-33%) | Frecuentemente (34%-66%) | Continuamente (67%-100%) |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Uso de la computadora | _____ | _____ | _____ |
| Relacionarse con otras personas | _____ | _____ | _____ |
| Comunicación escrita y oral | _____ | _____ | _____ |
| Razonamiento, matemática y lengua | _____ | _____ | _____ |
| Uso de su criterio independiente | _____ | _____ | _____ |

¿Cuál de las siguientes describe el entorno de trabajo del empleado? **Marque todas las que correspondan.**

- En alturas sin protección
- Cambios de temperatura
- Exposición al polvo, humos y gases
- Estar cerca de maquinaria móvil
- Conducción de equipos automotrices
- Otros peligros (especifique)

¿El empleado debe viajar? Sí No Si la respuesta es Sí, responda las siguientes preguntas.

¿Cómo viaja el empleado? Automóvil Avión Tren Otro

¿Cuál es el porcentaje de tiempo de viaje del empleado? _____%

¿A dónde viaja el empleado?

B. Aspectos físicos del trabajo

Seleccione cómo se relaciona cada una de las siguientes acciones con el trabajo del empleado.

| Actividad | Frecuencia con que se produce | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Not Aplicable | Ocasionalmente (0%-33%) | Frecuentemente (34%-66%) | Continuamente (67%-100%) |
| <input type="checkbox"/> De pie | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Caminando | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sentado | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hacer equilibrio | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Agachado | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Arrodillado | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Acuciillarse | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Arrastrarse | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Extenderse/trabajar por encima | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Subir escaleras | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Subir escalerillas | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Empujar/halar | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Elevar/cargar | _____ | _____ | _____ | _____ |

Sección 4: Firma del empleador y archivos adjuntos (adjunte la descripción del trabajo del empleado y la documentación adicional.)

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

Imprimir el nombre de la persona que completa este formulario _____

Título _____ Dirección de correo electrónico _____

Teléfono () _____ Fax () _____

Firma _____ Fecha _____

Sección 5: Declaración del médico tratante (responda a todas las preguntas para evitar retrasos.)

A. Información general

| | | | | |
|---|----------------------|------------------|-------------------|---------------------|
| Nombre del paciente | Nombre del empleador | Número de póliza | | |
| Número de seguridad social del paciente | Altura | Peso | Presión sanguínea | Fecha de nacimiento |

B. Complete la información sobre embarazos normales, luego avance a la Sección E.

| | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| ¿Fecha del último período menstrual de la paciente? | ¿Fecha estimada de parto? | ¿Fecha real de parto? | ¿Tipo de parto? |
| ¿Duración estimada de recuperación posparto? | ¿Primera fecha de tratamiento? | ¿Última fecha de tratamiento? | |

C. Complete la información sobre afecciones, que no incluye embarazos normales.

| | |
|--|---------------------|
| Diagnóstico primario (incluir código ICD-10 o DSM) | Síntomas |
| ¿Qué pruebas de diagnóstico se han realizado? | Hallazgos objetivos |

¿Existe alguna afección secundaria que contribuya con la incapacidad de la paciente? Sí No
Si la respuesta es Sí, ¿cuáles son? (incluir código ICD-10 o DSM)?

Si se trata de una afección cardíaca, ¿cuál es la capacidad funcional (Asociación Estadounidense del Corazón)?

Fracción de eyección Clase 1: sin limitaciones Clase 2: limitación leve Clase 3: limitación marcada Limitación total

Si se trata de una afección psiquiátrica, ¿cuál es la calificación GAF/WHODAS?

Durante el año pasado, ¿cuál fue la calificación GAF/WHODAS más alta del paciente?

¿Cuándo aparecieron por primera vez los síntomas?

¿Fecha de la primera visita médica del paciente?

¿Fecha en que el paciente fue incapaz de trabajar por primera vez?

¿Fecha de la última visita médica del paciente?

¿Con qué frecuencia ve a este paciente?

¿La afección del paciente está relacionada con el trabajo? Sí No Si la respuesta es Sí, especifique a continuación.

¿El paciente se ha sometido a cirugía o espera someterse a cirugía en el futuro? Sí No Si la respuesta es Sí, responda las siguientes preguntas.

Fecha de la cirugía

Procedimiento quirúrgico

Resultado

¿Qué medicamento está tomando o se ha recetado para el paciente?

Indique otros tipos y frecuencias de tratamiento.

¿El paciente ha sido derivado a un programa de terapia o rehabilitación médica? Sí No Si la respuesta es Sí, explique en detalle.

¿Ha derivado al paciente para otros tipos de consultas? Sí No Si la respuesta es Sí, explique en detalle..

¿El paciente ha estado internado en un hospital? Sí No Si la respuesta es Sí, complete los siguientes campos.

Nombre del hospital

Dirección del hospital

Fechas de la internación

Del _____ Al _____

D. Información sobre la incapacidad del paciente para trabajar

Describa brevemente las restricciones del paciente. (QUÉ NO DEBE HACER)

Describa brevemente las limitaciones del paciente. (QUÉ NO PUEDE HACER)

¿Cuál es su pronóstico de recuperación?

¿El paciente ha alcanzado la mejoría médica máxima? Sí No Si la respuesta es Sí, complete los siguientes campos.

¿Cuándo espera cambios fundamentales en la afección médica del paciente?

1 a 2 meses 3 a 4 meses 5 a 6 meses 6 meses a un año 1 año o más Nunca

Agregue detalles sobre expectativa de mejoría o deterioro.

¿Cuál es su plan de tratamiento para que el paciente regrese al trabajo o recupere su nivel de capacidad anterior?

En un día laboral de ocho horas, el paciente puede: **(Marque la capacidad total por horas para cada actividad.)**

| | | | | | | | | |
|----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Sentarse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| Ponerse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |
| Caminar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 |

Hay restricciones para: **Sí** **No** Si la respuesta es Sí, explique detalladamente debajo.

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| Manejar/operar equipo motorizado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Usar las manos para actividades repetitivas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Permanecer en cuclillas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Arrastrarse | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Escalar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Levantar los brazos por encima de los hombros | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |
| Otras | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | _____ |

Marque la respuesta adecuada sobre la capacidad de la persona para adaptarse a estas situaciones de trabajo específicas en este momento.

| | Sin limitaciones | Algo limitado | Muy limitado | Incapaz de realizar |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Respetar las reglas de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realizar trabajos repetitivos o de ciclos cortos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trabajar a un ritmo constante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mantener la atención y la concentración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realizar diversas tareas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comprender, recordar y realizar instrucciones complejas de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respetar los límites y normas establecidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relacionarse con los compañeros de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interactuar con los supervisores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interactuar con el público/clients | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilizar su criterio y tomar decisiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dirigir, controlar o planificar las actividades de otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Influenciar las opiniones, actitudes y criterios de otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Expresar sentimientos personales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trabajar de manera solitaria o físicamente separada de otras personas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. Información sobre la incapacidad del paciente para trabajar (cont.)

¿Cuáles son las funciones del puesto usual o propio que el empleado es incapaz de realizar? (Proporcione razones aquí, si no se han proporcionado ya.)

¿Cuáles son las restricciones funcionales que sufre la persona?

¿Cuándo espera que el paciente recupere su nivel de desempeño anterior?

¿Recomendaría la rehabilitación vocacional para este paciente?

Sí No

E. Documentos adjuntos necesarios y firma

Después de completar todo este formulario, adjunte copias de los siguientes materiales.

- Notas del consultorio sobre el período de tratamiento recibido en los últimos dos años
- Resúmenes de alta hospitalaria
- Resultados de pruebas con hallazgos objetivos
- Informes del médico de consulta

Su nombre

Título

Especialidad

Teléfono ()

Fax ()

Dirección

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

X _____
Firma del médico tratante (sin sello)

Fecha