

IMPORTANTE:

La notificación de reclamo se debe presentar dentro de los 7 días posteriores al comienzo de la discapacidad o dentro de los 7 días después del alta del hospital.

**IMPORTANTE**

Cada persona se debe asegurar de que su Empleador envíe el formulario de informe de salud y accidentes a la oficina del Fondo.

FORMULARIO DE RECLAMO DE DISCAPACIDAD POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD DE GRUPO SEMANAL

Para uso de Miembros de 1776. EL EMPLEADO O EMPLEADA DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y ENVIAR AL FONDO

Fondo de Salud y Bienestar de Local 1776 y Empleadores Participantes de UFCW
3031 B Walton Road
Plymouth Meeting, PA 19462
Tel: (610) 941-9400 Fax: (610) 941-9602

INFORMACIÓN RECIBIDA

Mensaje de voz Persona que llamó Correo

Fecha de la llamada:	Hora de la llamada:	
Nombre de la persona que llamó:	Relación:	Número de teléfono:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO O EMPLEADA

Tiempo completo Tiempo parcial

Nombre completo:			
Domicilio particular:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Seguridad social N° XXX-XX-____		
N° de teléfono particular:	N° de celular:	N° de fax	
Dirección de correo electrónico:			
Puesto o cargo:		N° de tienda	
Nombre de Empleador:	Persona de contacto:	N° de teléfono	
Descripción de tareas del cargo:			

INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD

DEBIDO A: Accidente Enfermedad Embarazo

¿Esta discapacidad está relacionada con un reclamo por discapacidad anterior? Sí No

En caso afirmativo, proporcione datos de la discapacidad anterior:

INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO

Fecha probable de parto: _____ Si hay complicaciones del embarazo, fecha de inicio: _____

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES / ENFERMEDAD

Fecha del accidente o enfermedad: _____

Descripción del accidente o enfermedad, incluido cómo y dónde ocurrió:

EN CASO DE ACCIDENTE:	¿Accidente de vehículo automotor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	N° de reclamo
	¿Accidente laboral? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

¿Cree que la enfermedad o el accidente fue causado por su trabajo o está relacionado principalmente con él? Sí No

Proporcione una explicación:

¿Ha presentado una reclamación de indemnización o seguro laboral? Sí No N° de reclamo

¿Cree que otras partes son responsables de su accidente? Sí No

Proporcione una explicación:

Nombre de representante legal: _____ N° de teléfono



FORMULARIO DE RECLAMO DE DISCAPACIDAD POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD DE GRUPO SEMANAL

Para uso de Miembros de 1776. EL EMPLEADO O EMPLEADA DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y ENVIAR AL FONDO

INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD (CONTINUACIÓN)

¿Ha trabajado por salario o ingresos desde la fecha de su discapacidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Recibe beneficios por pérdida de salario de otra fuente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indique la fuente:		
INFORMACION DE MÉDICO U HOSPITAL		
Nombre del doctor o la doctora tratante:		
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Nº de teléfono	Nº de fax	
Fecha de la primera consulta médica:	Fechas de otras consultas:	
Fecha de la próxima consulta programada:		
¿El médico o la médica tratante lo derivó a otro médico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, nombre, dirección y motivo de la derivación:		
Nombre del doctor o la doctora al que se derivó:		
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Motivo de la derivación:		
En caso de hospitalización:		
Nombre del hospital:		
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Fecha de ingreso:	Fecha del alta:	
Proporcione cualquier información o comentario adicional relacionado con este reclamo por discapacidad:		

PARTICIPANTE: LEA Y FIRME DEBAJO:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar al Fondo, a otras partes o a ambos, presente una declaración o reclamo que contenga información esencial falsa, u oculte información, con la finalidad de engañar al Fondo, a otras partes o a ambos con respecto a cualquier hecho sustancial de esta reclamación, comete un acto de fraude de seguro, lo que constituye un delito.

He leído lo que antecede y confirmo que la información contenida en este informe es fiel y correcta.

Certificación de la persona participante: Firma

Fecha

AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, farmacia, empleador, organización o compañía de seguros, incluida cualquier aseguradora laboral o compañía de seguros de vehículos automotores, de la cual pueda recibir cualquier pago en relación con las lesiones por las cuales estoy reclamando beneficios por discapacidad al Fondo de Salud y Bienestar de Local 1776 y Empleadores Participantes de UFCW (en lo sucesivo, el "Fondo"), a entregar al Fondo cualquier información relativa a lesiones o enfermedades, incluidas enfermedades mentales, abuso de drogas o alcohol, informaciones relativas a VIH, SIDA o relacionadas con el SIDA, en la medida permitida por la ley: registros médicos, consultas, recetas, tratamientos o beneficios, y copias de todos los registros pertinentes que se soliciten con el fin de procesar un reclamo de beneficios. Se autoriza asimismo al Fondo a revelar tales informaciones a cualquier médico o servicio, incluidos quienes estén a cargo de la gestión del caso, con el fin de evaluar un reclamo de beneficios.

Firma

Fecha

SE DEBE ENVIAR ESTE FORMULARIO A LA OFICINA DEL FONDO

Pág. 2 de 2