

**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.

**FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE  
UFCW  
NORESTE DE PENNSILVANIA**

**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 POR DISCAPACIDAD - FORMULARIO DE EMPLEADO O EMPLEADA

*Para uso de miembros de NEPA. EL EMPLEADO O EMPLEADA DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y ENVIAR AL FONDO*

Fondo de Salud y Bienestar de UFCW, noreste de Pensilvania  
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:			
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

# UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania

## FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCAPACIDAD - FORMULARIO DE EMPLEADO O EMPLEADA

Para uso de miembros de NEPA. 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:		
<b>INFORMACION DE MÉDICO U HOSPITAL</b>		
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 UFCW de NEPA (en lo sucesivo, el "Fondo"), a entregar al Fondo, toda y cualquier la información con respecto a cualquier lesión o enfermedad, incluidas enfermedades mentales, abuso de drogas o alcohol, relacionada con el VIH, SIDA o relacionada con el SIDA, en la medida permitida por la ley, registros médicos, consultas, recetas, tratamientos o beneficios y copia de todos los registros aplicables que se puedan solicitar con el fin de procesar un reclamo de beneficios. Se autoriza asimismo al Fondo a dar dicha información a cualquier médico o servicio, incluida 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**