



Forma de Reclamación de Discapacidad

INSTRUCCIONES:

En esta página: llene el nombre, la dirección, el Número de Seguro Social, la fecha de nacimiento, el número de teléfono y el nombre y dirección de su empleador. En "La Discapacidad Información" sección completo toda la información solicitada. Firme y feche la sección de "Certificación de Empleado". **En la página dos:** el doctor debiera completar la Declaración "del Doctor".

Después de ser es completado, envíe a: Significa Benefit Services, Inc.
P.O. Box 7777, Lancaster, Pennsylvania 17604-7777
Fax (717) 581-8379

COMPLETO PARA RECLAMACIÓN DE DISCAPACIDAD - POR FAVOR IMPRIMA

Nombre de Empleado: _____

Dirección : _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de seguro social: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono de Día: (____) ____ - ____
Mes Día Año

El Nombre y dirección del Empleador: _____

INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD

1) Ocupación (Liste deberes a tiempo de discapacidad)			
2) La fecha que accidente o enfermedad comenzó: _____ Mes / Día / Año	3) La fecha usted primero era incapaz de trabajar: _____ Mes / Día / Año	4) La fecha usted volvió para trabajar a tiempo medio: _____ Mes / Día / Año	5) La fecha que regresaste a trabajar tiempo completo: _____ Mes / Día / Año
6) ¿Es relacionados la enfermedad o el accidente con su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		7) Si la pregunta seis es "Sí", por favor explique: A usted presentado o vá a presentar un reclamo a Worker's Comp? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8) Describa como y donde el accidente ocurrió o describa la naturaleza de su enfermedad:			
9) Fecha primer trató para su enfermedad o su herida: _____ Mes / Día / Año		10) Tratado por: Hospital: _____ Nombre Calle Ciudad Estado Código postal Doctor: _____ Nombre Calle Ciudad Estado Código postal	
11) ¿Ha tenido alguna vez usted la misma condición o similar en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		12) Si la pregunta once es "Sí"-Tratado por: (Atache información adicional si es necesario) Hospital: _____ Nombre Calle Ciudad Estado Código postal Doctor: _____ Nombre Calle Ciudad Estado Código postal	

CERTIFICACIÓN DE EMPLEADO Y AUTORIZACIÓN

Autorizo la liberación de cualquier información sobre esta reclamación y certifico que la información es completa y correcta. Entiendo si yo a sabiendas y con la intención de defraudar usted o cualquier persona, archiva una declaración de reclamación que contiene información materialmente false, u oculta para el objetivo de engañar la información acerca de cualquier material, cometo un acto fraudulento de seguros, que es un delito y está sujeto a penas criminales y civiles.

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____



DOCTOR'S STATEMENT (Attach Medical Summaries or Records to help identify problem causing disability.)

1. Date symptoms first appeared or accident happened: _____ / _____ / _____
 Mo Day Year
2. Date patient stopped work due to disability: _____ / _____ / _____
 Mo Day Year
3. Has patient ever had similar conditions? Yes No If "yes", describe: _____

4. Is condition work related: Yes No Is it a pregnancy: Yes No
 If "yes", due date: _____ / _____ / _____

5. Diagnosis or Nature of illness or injury: _____

(If Diagnosis Code used is other than ICDA* then give name)

6. Objective Findings (including current x-rays, EKG's, Laboratory data and any clinical findings.) _____

7. Date of first visit: _____ / _____ / _____ Date of last visit _____ / _____ / _____ Frequency: Weekly Monthly Other

8. Course of Treatment - Type and Frequency. If on Medication, list type, dosage and frequency: _____

9. Describe physical limitations and how they prevent employment. If progressive, describe progression in detail and last specific changes causing inability to work: _____

10. Has patient: Recovered Improved Unchanged Retrogressed
11. Is Patient: Hospital Confined Bed Confined House Confined Ambulatory
12. Patient was/will be continuously disabled (unable to work) - (dates) from: _____ / _____ / _____ to: _____ / _____ / _____
13. Patient was/will be partially disabled - (dates) from: _____ / _____ / _____ to: _____ / _____ / _____
14. Is Patient still under your care for condition? Yes No If still disabled, date to return to work: _____ / _____ / _____

If previous form was submitted, show dates and service since last report. Report all dates of services starting with the first visit to last visit.

Date of Services	Place of Services	Description of Surgical or Medical Services Rendered	Procedure Code

Codes: (if other than Current Procedural Terminology, give name) O=Doctor's Office IH=Inpatient Hospital NH=Nursing Home
 H=Patient's Home OH=Outpatient Hospital OL=Other Location *ICDA-Inter. Classification of Diseases

 Date Physician's Name (Print or Type)

 Date Physician's Signature

 Address

 Federal Tax ID Number (required) Telephone Number

THE INFORMATION DISCLOSED ON THIS FORM IS PROTECTED HEALTH INFORMATION WHICH IS PRIVILEGED AND CONFIDENTIAL. THIS INFORMATION WILL NOT BE USED OR DISCLOSED EXCEPT AS PERMITTED OR REQUIRED BY LAW.