

I.U.P.A.T. Welfare Fund

Devuelva el formulario completado a:

I.U.P.A.T. Welfare Fund
P.O. BOX 99459
Troy, MI 48099-9998

Teléfono #: (330) 779-8865

Fax #: (248) 556-2596

Correo electrónico: stdisability@benesys.com

Estimado participante:

Usted ha solicitado recientemente beneficios por Enfermedad e Incapacidad. Para percibir dichos beneficios, debe completar los siguientes formularios y devolverlos a la Oficina del Fondo de Bienestar de I.U.P.A.T.:

- **Informe de Reclamación de Incapacidad** – Este formulario debe ser completado por usted (*Parte I*) y por su médico (*Parte II*).
- **Reconocimiento de Subrogación/Reembolso** – Su cónyuge, un familiar o un amigo pueden ser testigos de su firma. No es necesario que esté notariada.
- **Formulario de Información sobre la Reclamación por Accidente** – Este formulario no sólo es necesario para sus beneficios por incapacidad, sino que también se utilizará como confirmación de su accidente para el procedimiento de cualquier reclamación médica que recibamos en relación con la lesión/lesiones.
- **Cuestionario de Compensación para Trabajadores** – Este formulario no sólo es necesario para sus beneficios por incapacidad, sino que también se utilizará como documentación de su estado de compensación para trabajadores para la tramitación de cualquier reclamación médica que recibamos en relación con la lesión/lesiones. Este formulario debe ser notariado si procede. **Además, si le han denegado la Compensación para Trabajadores, deberá adjuntar una copia de la denegación.**

Los cuatro formularios anteriores deben completarse y devolverse a la Oficina del Fondo, independientemente de que se apliquen o no a su situación específica.

Si acepta algún cheque por incapacidad después de haberse reincorporado al trabajo o de haber liquidado una reclamación de Compensación para Trabajadores por su enfermedad o lesión, será su responsabilidad reembolsar a I.U.P.A.T. Welfare Fund el dinero que el Fondo haya pagado a usted o en su nombre por dicha enfermedad o lesión.

SI SU MÉDICO LE DA EL ALTA PARA TRABAJAR A JORNADA COMPLETA, DEBE NOTIFICARLO INMEDIATAMENTE A LA OFICINA DEL FONDO.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la oficina del Fondo en el número indicado anteriormente.

Atentamente,

I.U.P.A.T. Welfare Fund

I.U.P.A.T. Welfare Fund

Formulario de reclamación por incapacidad

Devuelva el formulario completado a:

I.U.P.A.T. Welfare Fund
P.O. BOX 99459
Troy, MI 48099-9998

Teléfono #: (330) 779-8865
Fax #: (248) 556-2596
Correo electrónico: stdisability@benesys.com

Parte I - A completar por el PARTICIPANTE (Cada pregunta debe responderse en su totalidad)

1. Nombre _____ 2. Fecha de Nacimiento: _____ Núm. Seguro Social: _____
 Dirección _____ 3. Última fecha de trabajo antes de la incapacidad _____
 Ciudad y Estado _____ Zona Postal _____ Teléfono del miembro _____
4. Mi Incapacidad es _____ ¿Lesión? _____
 ¿Enfermedad? _____
5. Sucedió: Fecha _____ ¿En el trabajo? _____
 Hora _____ ¿En casa? _____
6. ¿Cómo sucedió? _____
7. Ocupación _____
8. Nombre y Dirección de su actual o último Empleador _____
9. ¿Ha presentado o tiene intención de presentar esta reclamación en concepto de Compensación para Trabajadores? Sí _____ No _____
10. ¿Ha recibido los beneficios de Desempleo desde su último día de trabajo? Sí _____ No _____
11. Fecha en que Reanudó al Trabajo _____

A Médicos, Hospitales y otras Instituciones: Por la presente, les autorizo mediante este formulario (o mediante copia fotográfica del mismo) a facilitar a I.U.P.A.T. Welfare Fund toda la información de que dispongan sobre mi historial médico y mi estado físico. Certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Fecha _____ Sr. _____ Sra. _____ Srta. _____
FIRMA - No escriba en letra de imprenta

Parte II – DECLARACIÓN DEL MÉDICO TITULAR

1. Naturaleza de la enfermedad o lesión/ICD10 (Describa las complicaciones si las hay) _____

2. ¿Esta enfermedad o lesión fue causada por el empleo del paciente? Sí _____ No _____
 ¿Enfermedad? _____ ¿Lesión? _____
 ¿Fue agravada por el empleo del paciente? En caso afirmativo, explique: _____
3. Naturaleza del procedimiento quirúrgico, si lo hay/CPT (Describalo completamente) _____

4. Fecha en que se realizó la cirugía: _____
5. Dé fechas de los tratamientos:

PRIMERA CONSULTA	OTRAS CONSULTAS DURANTE ESTE PERIODO DE INCAPACIDAD
Consultorio _____	_____
Hospital _____	_____
6. El paciente ha estado continuamente incapacitado (incapaz de trabajar): Desde _____
 Hasta (si no está seguro indique la fecha provisional) _____
 Si sigue incapacitado, ¿cuándo debería poder volver a trabajar? _____
7. Observaciones: _____
 Fecha _____ Nombre del Médico (letra de imprenta) _____ Grado _____
 Firma del Médico _____ Dirección _____

◆◆ Mailing Address: P.O. BOX 99459, Troy, MI 48099-9998

◆◆ Phone (330) 779-8865 ◆◆ Facsimile (248) 556-2596

◆◆ Email: stdisability@benesys.com

I.U.P.A.T. Welfare Fund

Acuerdo de Reembolso

La presente carta tiene por objeto informarle de que el Plan hará valer sus derechos de reembolso y subrogación cuando los beneficios pagados se deban a una lesión accidental de la que pueda ser responsable un tercero. El Plan no está interesado en privarle de los derechos que pueda tener frente a un tercero y está dispuesto a colaborar con usted y con cualquier abogado que pueda contratar para hacer valer su reclamación. Por favor, firme el Acuerdo que figura a continuación reconociendo que acepta colaborar con el Plan proporcionando la información necesaria para proteger el derecho del Plan y acepta reembolsar al Plan si usted tiene éxito en una acción contra tercero.

Yo _____, residente en _____

y cubierto por el Plan para los beneficios médicos contraídos como consecuencia de las lesiones sufridas el _____ (fecha) por mi o mi dependiente _____.

Por la presente, el abajo firmante se compromete, por conformidad con las estipulaciones de subrogación y reembolso del Plan, a reembolsar y pagar puntualmente al Plan una cantidad que no exceda la suma total de los beneficios pagados o que se pagarán a mí o en mi nombre en virtud de dicho Plan por los gastos incurridos como consecuencia de la lesión o enfermedad con cargo a cualquier recuperación por acuerdo, juicio o de lo contrario de dicha persona u organización o de la compañía de seguros de dicha persona u organización. El abajo firmante se compromete además a ejecutar los instrumentos y documentos, proporcionar información y asistencia y otras acciones necesarias y relacionadas que el Fondo pueda requerir, debido a las circunstancias imprevistas, facilitar sus derechos de subrogación y reembolso en virtud del Plan.

Asimismo, entiendo que el hecho de no permitir la subrogación o de no reembolsar al Plan de conformidad con los términos de este Plan y de esta carta puede dar lugar a que el Fondo compense las cantidades adeudadas en virtud de su derecho de subrogación o de reembolso con futuras reclamaciones presentadas por mí o por mis dependientes.

Firma del Asegurado _____

I.U.P.A.T. Welfare Fund

Formulario de datos para reclamación por accidente

Participante Asegurado: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha del Accidente: _____

Lugar Donde Ocurrió el Accidente: _____

Por favor, marque a qué tipo de accidente/incidente corresponde esta información:

Automóvil _____ Compensación para Trabajadores _____ Otro _____

Descripción Detallada del Accidente: _____

¿Es responsable otro partido de la lesión o enfermedad? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección de dicha parte:

Nombre: _____

Dirección: _____

¿Está cubierto el participante por otra póliza de seguro? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, facilite los datos siguientes:

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: _____

Nombre del Ajustador: _____

Número de Póliza: _____ Número de Reclamación: _____

¿Ha recibido el participante algún dinero o se ha pagado algún dinero en su nombre?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, indique la cantidad, la procedencia y la fecha:

¿Ha contratado el participante a un abogado? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, facilite los siguientes datos:

Nombre del Abogado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

He leído y comprendo los Derechos de Subrogación/Reembolso de I.U.P.A.T. Welfare Fund of Western Pennsylvania. Entiendo que, si recibo o recibiré cualquier cantidad de recuperación de un tercero o del asegurador de un tercero por cualquier lesión o enfermedad, debo reembolsar al Plan cualquier dinero que el Plan me haya pagado a mí o en mi nombre como resultado de dicha lesión o enfermedad.

Fecha: _____ Firma del participante: _____

I.U.P.A.T. Welfare Fund

Cuestionario Compensación para Trabajadores

Participante asegurado: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha del accidente: _____

¿Ha solicitado el participante una Compensación para Trabajadores por su lesión? Sí No _____

¿Recibe el participante una Compensación para Trabajadores por su lesión? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, facilite los datos siguientes:

Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Nombre del perito: _____

Número del reclamo: _____

Cantidad: _____

¿Ha contratado el participante a un abogado? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, facilite los siguientes datos:

Nombre del abogado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Entiendo que el Plan no paga los beneficios por una lesión o enfermedad por la que se paguen beneficios en virtud de cualquier ley de Compensación para Trabajadores, ley de enfermedades profesionales o legislación similar. Entiendo que I.U.P.A.T. Welfare Fund of Western Pennsylvania debe ser reembolsado por cualquier dinero que el Fondo me haya pagado a mí o en mi nombre por el que se paguen o se pagarán beneficios en virtud de cualquier ley de Compensación para Trabajadores, ley de Enfermedad Profesional o legislación similar.

Fecha: _____ Firma del Participante: _____

LA FIRMA DEBE ESTAR CERTIFICADA ANTE NOTARIO
(Hay un notario disponible en la Oficina del Fondo)

Firmado y Suscrito ante mí en este _____ día de _____ 20_____.