



Renaissance[®]

DENTAL • VISION • LIFE • DISABILITY

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES PARA:

- DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO ("STD")
- DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO ("LTD")

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE DISCAPACIDAD GRUPAL DECLARACIÓN DEL EMPLEADO

-Por favor escriba en letra de molde o con tinta oscura-

INSTRUCCIONES

Esta declaración del empleado solicita información necesaria para el procesamiento rápido y correcto de su reclamación. Si la solicitud de reclamación no está completa, la determinación se retrasará hasta que se reciba toda la información requerida. Si una pregunta no aplica a su caso o no hay información disponible, escriba "NA" (No aplica) en dichos espacios.

A. HAY CUATRO (4) FORMULARIOS PRINCIPALES REQUERIDOS PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN POR DISCAPACIDAD:

- Declaración del empleado
- Autorización del empleado (para que usted, el empleado, lo complete)
- Declaración del empleador
- Declaración del médico

B. ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A:

- **CORREO POSTAL:** PO Box 1596 Indianapolis, IN 46206
- **CORREO ELECTRÓNICO SEGURO:** GroupClaims@RenaissanceFamily.com
- **FAX SEGURO:** 607-773-2276

LÍNEA TELEFÓNICA GRATUITA: 844-368-6485

C. ES SU RESPONSABILIDAD Y LA DE SU EMPLEADOR NOTIFICARNOS DE SU FECHA REAL O PROGRAMADA DE REGRESO AL TRABAJO TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE.

D. TENGA EN CUENTA QUE: EN CASO DE QUE SUCEDA UN SOBREPAGO CON SU RECLAMACIÓN, DEBE DEVOLVERNOS EL MONTO DEL SOBREPAGO.

SECCIÓN I | DECLARACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):

Número de teléfono:

Número de Seguro Social:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Correo electrónico del empleado:

Dirección (Incluya # de Apto/Suite):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Nombre del empleador:

Deberes y ocupaciones del empleado (Enumere las ocupaciones y deberes a continuación):

Fecha del accidente o Fecha de los primeros síntomas (dd/mm/aaaa):

Fecha del último día de trabajo (dd/mm/aaaa):

Usted no puede trabajar debido a (Marque una opción): Lesión Enfermedad Embarazo

Fecha de regreso al trabajo (dd/mm/aaaa):

 Tiempo completo Medio tiempo

Si aún no ha regresado al trabajo, ¿cuándo espera regresar (dd/mm/aaaa)?:

 Tiempo completo Medio tiempo

Describa detalladamente, la fecha, el lugar y cómo ocurrió el accidente, la naturaleza de la discapacidad y los primeros síntomas:

¿Su accidente o enfermedad está relacionada con su ocupación?: Sí No Si la respuesta es sí, explique:¿Ha presentado una reclamación de la Compensación de trabajadores?: Sí No (Explique a continuación) Si la respuesta es no, ¿va a presentarla?: Sí No

¿Está recibiendo cualquiera de lo siguiente (Marque cada beneficio que esté recibiendo)?:

TIPO DE BENEFICIO	MONTO	FECHA DE INICIO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (MM/DD/YYYY)	TIPO DE BENEFICIO	MONTO	FECHA DE INICIO (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (MM/DD/YYYY)
<input type="checkbox"/> Compensación de los trabajadores	\$			<input type="checkbox"/> Desempleo	\$		
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$			<input type="checkbox"/> Otro (Individual o grupal)*	\$		
<input type="checkbox"/> Discapacidad obligatoria estatal	\$			<input type="checkbox"/> Reemplazo del salario del seguro de automóvil*	\$		

*SI LA RESPUESTA ES SÍ, ESCRIBA ABAJO EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA:

Nombre y dirección de la aseguradora (Incluya # de Apto/Suite):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

AVISO: SI ESTE FORMULARIO NO SE COMPLETA EN SU TOTALIDAD, SE RETRASARÁ LA DETERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS HASTA QUE SE RECIBA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA. ESCRIBA "NA" EN LAS SECCIONES QUE NO APLIQUEN.

SECCIÓN I | EMPLEADO (CONTINUACIÓN)

¿Cuándo recibió tratamiento por primera vez para su enfermedad o accidente (dd/mm/aaaa)?:

Nombre del Proveedor de atención médica consultado (primer nombre, apellido, inicial del segundo nombre):	Fecha de consulta (dd/mm/aaaa):
	Teléfono:

Nombre del hospital(es):	Fecha de admisión (dd/mm/aaaa):
	Fecha del alta (dd/mm/aaaa):

¿Ha tenido la misma afección o una afección similar en el pasado? Sí No Si la respuesta es sí, indique el nombre y la dirección del hospital/médico a continuación:

Nombre del médico(s) consultado(s) (primer nombre, apellido, inicial del segundo nombre):	Fecha de consulta (dd/mm/aaaa):
	Fecha de admisión (dd/mm/aaaa):
	Fecha del alta (dd/mm/aaaa):

Nombre del hospital(es):	Fecha de admisión (dd/mm/aaaa):
	Fecha del alta (dd/mm/aaaa):

Si los beneficios son aprobados y usted desea una retención adicional opcional de su cheque para propósitos de declaración federal de impuestos, complete y envíe un formulario W-4S del IRS. Puede encontrar un enlace para descargar el formulario en nuestro sitio web en RenaissanceBenefits.com/claim-forms.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN ACEPTO QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON VERDADERAS Y ESTÁN COMPLETAS SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

X
Firma del empleado (Se requiere su firma para consideración de los beneficios) _____ Fecha de la firma (dd/mm/aaaa) _____

AVISO: SI ESTE FORMULARIO NO SE COMPLETA EN SU TOTALIDAD, SE RETRASARÁ LA DETERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS HASTA QUE SE RECIBA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA. ESCRIBA "NA" EN LAS SECCIONES QUE NO APLIQUEN.



Renaissance[®]
DENTAL • VISION • LIFE • DISABILITY

—Declaraciones estatales de fraude en las siguientes páginas—

Suscrito por Renaissance Life & Health Insurance Company of America, Indianapolis, IN y en New York por Renaissance Life & Health Insurance Company of New York, Binghamton, NY. Puede comunicarse con ambas compañías escribiendo al PO Box 1596, Indianápolis, IN 46206. Es posible que los productos no estén disponibles en todos los estados o jurisdicciones.

AVISOS ESTATALES DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDES PARA SEGURO DE VIDA Y DISCAPACIDAD:

CUALQUIER PERSONA QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE UNA DECLARACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO PUEDE SER CULPABLE DE UN DELITO PENAL Y ESTÁ SUJETO A SANCIONES BAJO LA LEY ESTATAL. CONSULTE A CONTINUACIÓN LAS VARIACIONES ESPECÍFICAS POR ESTADO DE ESTE AVISO DE FRAUDE.

CALIFORNIA: ADVERTENCIA: PARA SU PROTECCIÓN LAS LEYES DE CALIFORNIA REQUIEREN QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN APAREZCA EN ESTE FORMULARIO: CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA OBTENER O MODIFICAR LA COBERTURA DE SEGURO O HACER UNA RECLAMACIÓN PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS Y ENCARCELAMIENTO EN UNA PRISIÓN ESTATAL.

FLORIDA: CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON INTENCIÓN DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER COMPAÑÍA ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN O UNA SOLICITUD QUE INCLUYA CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO DE TERCER GRADO.

NEW YORK (EXCEPTO PARA SEGURO DE VIDA): CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE Y CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE INCLUYA CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA O QUE OCULTE INFORMACIÓN RELACIONADA CON UN HECHO MATERIAL CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGURO, LO QUE ES UN DELITO Y ESTARÁ SUJETA A UNA SANCIÓN CIVIL QUE NO EXCEDA LOS \$5,000 Y EL VALOR DECLARADO DEL RECLAMO POR CADA VIOLACIÓN SIMILAR.