



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
Mutual of Omaha Insurance Company
Mutual of Omaha Affiliates

3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001
Línea gratuita (800) 877-5176
Fax (402) 997-1865
Correo electrónico newdisabilityclaim@mutualofomaha.com

Guía para completar adecuadamente el formulario de reclamo de incapacidad a corto plazo del seguro grupal

Mutual of Omaha agradece la oportunidad de proveerle una valiosa protección para sus ingresos. Confiamos en la información que usted proporciona en este formulario para determinar eficazmente si califica para los beneficios grupales de incapacidad a corto plazo.

Esta guía provee información e instrucciones para ayudarlo a completar y enviar correctamente el formulario de reclamo. Consulte a su empleador/administrador de beneficios si necesita ayuda para proporcionar información a través del formulario.

Consejos importantes para enviar copias en papel

- Antes de enviarla, asegúrese de haber proporcionado toda la información necesaria y haber respondido a todas las preguntas de forma completa y precisa. Si falta información o no se puede leer, el procesamiento de su formulario se retrasará.
- Las siguientes pautas proporcionan información valiosa para ayudarlo a completar correctamente el formulario.
- Haga una copia del formulario completado para sus registros antes de enviarlo a Mutual of Omaha/United of Omaha.

Advertencias obligatorias sobre fraudes

Antes de completar el formulario de reclamo, lea las Advertencias obligatorias sobre fraudes que aparecen en la siguiente página.

Pautas para la sección 1: Declaración del empleado

El empleado debe completar esta sección. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. El formulario debe estar firmado por usted para considerarse completado.

- El número de identificación de grupo de su empleador constará de ocho caracteres, comenzando con "G000" y seguido de cuatro letras o números adicionales específicos de su empleador.
- El título de trabajo es el nombre del puesto que usted ocupa con el empleador.
- "Horas trabajadas por semana" se refiere al número de horas que trabaja por semana para el empleador.
- La altura se debe escribir en pies y pulgadas.
- El peso se debe escribir en libras.
- "Mano hábil" se refiere a si tiene más destreza con la mano derecha o con la izquierda.
- "Fecha de incapacidad" se refiere al primer día que usted estuvo ausente del trabajo debido a la afección incapacitante.
- "Fecha del primer tratamiento" es la fecha en que buscó atención médica por primera vez debido a la afección incapacitante.
- "Otros ingresos" se refiere al dinero que está recibiendo o ha solicitado recibir de cualquier fuente, además de su reclamo por beneficios por incapacidad con Mutual of Omaha/United of Omaha.
- Su historia clínica con sus proveedores podría ser necesaria para tomar una decisión con respecto a su reclamo. Necesitará un formulario de autorización completado para obtenerla. Para evitar cualquier retraso adicional con su reclamo, asegúrese de completar y enviar los formularios de autorización junto con su solicitud de reclamo.

Autorización para divulgar información personal y autorización para divulgar información médica a mi empleador

El empleado deberá completar ambas autorizaciones. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. El formulario debe estar firmado por usted o su representante legal para considerarse completado.

- Al firmar la autorización, usted está solicitando beneficios por incapacidad a corto plazo con Mutual of Omaha/United of Omaha y accede a permitir la divulgación de información personal a las partes necesarias con el fin de procesar el reclamo.
- Si el nombre relacionado con cualquiera de sus historias clínicas es diferente del nombre provisto en el formulario, incluya cualquier nombre alternativo. Esto podría ocurrir en caso de un cambio de nombre debido al matrimonio o adopción.

Pautas para la sección 2: Declaración del empleador

El empleador deberá completar esta sección. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. El formulario debe estar firmado por el empleador para considerarse completado.

- El número de identificación de grupo consta de ocho caracteres, comenzando con "G000" y seguido de cuatro letras o números adicionales.
- "Fecha de cobertura con este plan" indica la fecha en que la cobertura del empleado entró en vigencia.
- Incluya la copia del formulario de inscripción del empleado, si corresponde.

Pautas para la sección 3: Declaración del médico tratante

El médico tratante debe completar esta sección. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. El formulario debe estar firmado por el médico tratante para considerarse completado.

Advertencias de fraude

Revise la advertencia de fraude específica para su lugar de residencia antes de firmar el formulario o solicitud adjunta.

Todos los demás estados: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Alabama: Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y quedará sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de estos.

Arkansas/Maine/Ohio/Tennessee: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

California: Para su protección, el derecho de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar una reclamación por el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una empresa de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha empresa. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier empresa de seguros o agente de una empresa de seguros que deliberadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: Es delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si un solicitante proporciona información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

Kansas: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles determinadas por un tribunal de justicia.

Kentucky: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito.

Louisiana: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Maryland: Cualquier persona que deliberada o conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Massachusetts/Vermont: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva Jersey: Cualquier persona que deliberadamente incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nuevo México: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un crimen y quedará sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Nueva York: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

Carolina del Norte/Oregón: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que proporcione información oral o escrita, u ofrezca cualquier testimonio sobre acciones ilegales o inadecuadas que debido a su naturaleza constituyan acciones fraudulentas para las empresas aseguradoras, a sabiendas de que los datos son falsos, estará cometiendo un delito grave y, tras la condena, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5000) y no más de diez mil dólares (\$10 000) por cada infracción, o una pena fija de prisión por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

Washington: Es delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una empresa de seguros con el fin de defraudar a dicha empresa. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.

Formulario de reclamo por incapacidad a corto plazo

Sección 1 - Declaración del empleado (responder a todas las preguntas para evitar retrasos)

Nombre del empleador actual Número de identificación del grupo Título del trabajo Horas trabajadas por semana

Nombre del empleado

Dirección del empleado Ciudad del empleado Estado del empleado Código postal del empleado

Número de teléfono particular del empleado (con código de área) Número de teléfono celular del empleado (con código de área)

Número de seguridad social del empleado Dirección de correo electrónico del empleado

Fecha de nacimiento del empleado Altura Peso Mano hábil:
 Derecha Izquierda Masculino Femenino Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

¿Fecha del primer día en que fue incapaz de trabajar? Fecha del primer tratamiento Fecha estimada de regreso al trabajo

Naturaleza de la afección y fecha de aparición de los primeros síntomas, o describa cómo y dónde ocurrió el accidente.

¿Es una incapacidad relacionada con el trabajo? Sí No ¿Presentó un reclamo de indemnización por accidente laboral? Sí No

¿La incapacidad está relacionada con un accidente automovilístico o hay terceros responsables? Sí No

Nombre del médico Especialidad del médico Teléfono ()
Fax ()

Dirección del médico Fecha/s en que visitó a dicho médico
Del _____ al _____

Nombre del médico Especialidad del médico Teléfono ()
Fax ()

Dirección del médico Fecha/s en que visitó a dicho médico
Del _____ al _____

Nombre del médico Especialidad del médico Teléfono ()
Fax ()

Dirección del médico Fecha/s en que visitó a dicho médico
Del _____ al _____

Nombre del hospital Departamento de tratamiento Teléfono ()
Fax ()

Dirección del hospital Fecha/s en que recibió tratamiento en dicho hospital
Del _____ al _____

Fuente de ingresos (marque todos los beneficios que usted está recibiendo o sea elegible para recibir.)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jubilación de la seguridad social | <input type="checkbox"/> Seguro estatal por incapacidad | <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Licencia familiar o médica pagada por el estado |
| <input type="checkbox"/> Seguro por incapacidad de la seguridad social | <input type="checkbox"/> Pensión de jubilación | <input type="checkbox"/> Seguro sin adjudicación de culpa | |
| <input type="checkbox"/> Plan canadiense de pensiones | <input type="checkbox"/> Pensión por incapacidad | <input type="checkbox"/> Otros (incluye beneficios individuales o grupales) | |
| <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral | <input type="checkbox"/> Incapacidad a corto plazo | | |

*Podría tener que solicitar su historia clínica a su proveedor. Para evitar cualquier retraso adicional con el reclamo, asegúrese de completar y enviar el formulario de autorización junto con su solicitud de reclamo. Deberá presentar un formulario de autorización completado y enviar dicho formulario de autorización junto con su solicitud de reclamo.

Información para la retención de impuestos

En caso de aprobarse su solicitud de beneficios, ¿Mutual of Omaha/United of Omaha debería retener impuestos sobre ingresos de sus cheques de beneficios? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuánto debería retener de cada cheque (el mínimo es de **\$20.31** por semana). \$_____00

Aviso de sobrepago: En caso de recibir un pago excesivo en cualquier momento durante la duración de este reclamo, nosotros, Mutual of Omaha Life Insurance Company (Mutual) o United of Omaha Life Insurance Company (United), solicitaremos el reembolso del monto excedente. Esta cantidad es igual al beneficio neto que recibió y cualquier impuesto federal sobre ingresos pagado a su nombre en cualquier momento anterior al año fiscal actual. Su firma en el formulario de reclamo autoriza a Mutual o United a recuperar cualquier impuesto sobrepago de seguridad social o Medicare que se haya pagado a su nombre, y certifica que usted no intentará recuperar un reembolso o crédito de los impuestos del seguro social o de Medicare con ningún formulario W-2C que se le proporcione en función de los cobros recibidos.

Firma (obligatoria para todos los reclamos).

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

Las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi saber y entender.

X _____
Firma del empleado

Fecha

Autorización para divulgar información personal

1. Yo (el abajo firmante) autorizo a cualquier médico, odontólogo, farmacéutico, otro proveedor de atención médica, hospital, clínica o centro médico, aseguradora, reaseguradora, organización de apoyo a los servicios de seguros, empleador, agencia gubernamental, agencia de informes de solvencia, o la póliza de seguros o el administrador del plan de beneficios para divulgar registros que contengan la Información Personal de:

Nombre del solicitante _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____ Número de seguridad social _____

Esta información médica o de salud puede incluir información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, consumo de alcohol y de drogas. Esto también puede incluir información sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados de pruebas relacionadas con VIH, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, a menos que la ley estatal lo restrinja.

2. **Información personal que se divulgará:**

- datos o registros sobre mi historia clínica, tratamiento, recetas, consultas (incluidos informes médicos y psicológicos, registros, gráficos, notas (excluidas notas de psicoterapia), radiografías, imágenes o correspondencia, y cualquier afección médica que tenga o haya tenido;
- cualquier información relacionada con la cobertura del plan de beneficios o del seguro, reclamos o beneficios; o
- cualquier información, datos o registros relacionados con mis actividades (incluidos registros relacionados con mi seguridad social, indemnización por accidente laboral, ingresos de jubilación, información financiera, ganancias e historial laboral)

3. **Autorizo a divulgar mi información personal con:**

Servicios de gestión de reclamos de seguros grupales
Mutual of Omaha Insurance Company/United of Omaha Life Insurance Company
3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001
or Fax: 402-997-1865 o correo electrónico: newdisabilityclaim@mutualofomaha.com

4. **Entiendo que Mutual utilizará mi información personal con el fin de evaluar mi solicitud de beneficios, o en la medida que lo exige o permite la ley, y que, en caso de no firmar esta autorización, no recibiré el pago de mi solicitud de beneficios. También autorizo a Mutual a divulgar mi información personal de la siguiente manera:**

- a su reaseguradora, u otras personas u organizaciones que proporcionan servicios comerciales, legales o de apoyo a seguros en relación con mi/s reclamo/s; o
- a un proveedor especializado en la solicitud de Beneficios de Incapacidad de la seguridad social; o
- a proveedores/consultores que me proporcionen servicios relacionados con el bienestar, la incapacidad o la licencia como parte de un plan de beneficios patrocinado por el empleador; o
- para planes de incapacidad autoasegurados solamente, a mi empleador; o
- para planes totalmente asegurados a mi empleador para su uso en discusiones con Mutual con respecto a mi capacidad funcional, y cualquier restricción y limitaciones relacionadas, con el fin de facilitar mi regreso al trabajo; o
- lo que por lo demás exija o permita la ley, o según yo lo autorice

5. Entiendo que mi información personal puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y que ya no estará protegida por la ley federal o estatal.

6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud escrita para Mutual en la dirección mencionada anteriormente. Si revoco esta Autorización, no afectará ningún uso o divulgación de información personal que haya ocurrido antes de que Mutual reciba mi revocación. Si no se recibe la revocación por escrito, esta Autorización seguirá siendo válida hasta 24 meses después de la fecha firmada.

7. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización y que una copia tiene la misma validez que el original.

CONSERVE UNA COPIA FIRMADA PARA SUS REGISTROS

Nombre/s utilizado/s para los registros (si es diferente del nombre siguiente): _____

Firma del solicitante

Fecha

Si corresponde: Soy el representante legal del solicitante y estoy autorizado a dar el consentimiento en representación del solicitante.

Nombre impreso del representante legal _____

Firma del representante legal _____

Tipo de representante legal _____

ESTA AUTORIZACION CUMPLE CON HIPAA Y OTRAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

Autorización para divulgar información médica a mi empleador

Autorizo a Mutual of Omaha Insurance Company y a United of Omaha Life Insurance Company a divulgar mi información médica a mi empleador y al agente de mi empleador. Entiendo que esta información será utilizada por mi empleador, y su agente, para monitorear y administrar el programa de beneficios por discapacidad proporcionado por la póliza de discapacidad de mi Grupo. También entiendo que mi empleador y su agente utilizarán la información únicamente con el propósito de auditar los beneficios por discapacidad pagados, proporcionar asistencia a reclamos, determinar la exención o la interrupción de las deducciones de prima, y coordinar con otros planes de continuidad salarial subsidiados que mi empleador pueda ofrecer.

La información de salud que puede divulgarse de conformidad con esta autorización incluye elementos tales como la historia clínica, condición mental y física, registros de medicamentos recetados, y consumo de alcohol o drogas.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización.

Esta autorización permanecerá en vigencia durante 24 meses contiguos a partir de la fecha de firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si quisiera revocar esta autorización, debo enviar mi solicitud de revocación a:

**ATTN: Servicios de Gestión de Discapacidad Grupal
Mutual of Omaha Insurance Company/United of Omaha Life Insurance Company
3300 Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001**

o

Fax 402-997-1865

o

Correo electrónico newdisabilityclaim@mutualofomaha.com

También comprendo que, si revoco esta autorización, no afectará ningún uso o divulgación de información personal que haya ocurrido antes de que se reciba mi revocación.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una copia de esta autorización es tan efectiva como la original.

(Aclaración y dirección)

Firma

Fecha

o

Si corresponde: Soy el representante legal de la persona cuya información financiera y de salud debe ser divulgada, pero estoy autorizado a conceder permiso en nombre de esa persona.

Aclaración del representante legal _____

Firma del representante legal _____

Tipo de representante legal _____

Fecha _____

CONSERVE UNA COPIA FIRMADA PARA SUS REGISTROS

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

Autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT)

Depósito directo de pagos de beneficios

Entiendo que al completar este formulario, autorizo a United of Omaha Life Insurance Company a depositar directamente en mi cuenta bancaria a través de transferencia electrónica de fondos (EFT) los pagos que se me deben en virtud de un contrato emitido o administrado por United of Omaha a mi institución financiera con la información proporcionada a continuación, para el crédito a mi cuenta. Declaro que la información bancaria que se detalla a continuación no está asociada con una tarjeta bancaria prepaga o una cuenta de cheques/ahorros no estándar, y entiendo que dicha tarjeta bancaria prepaga o cuentas de cheques/ahorros no estándar no son aceptadas por United of Omaha.

Además, autorizo e instruyo al banco a cargar dicha cuenta o la cuenta de mi patrimonio por cualquier pago realizado por error según lo determinado por United of Omaha y reembolsar cualquier pago realizado después de mi muerte o realizado por error y reembolsar cualquier pago a United of Omaha previa solicitud por escrito al banco.

Además entiendo y acepto que es mi responsabilidad asegurar que toda la información bancaria reportada en este formulario sea precisa y correcta para el depósito apropiado de mi(s) pago(s) y que United of Omaha puede confiar en esta información y no tendrá la obligación de asegurar la veracidad de la información. Completar este formulario no es una garantía de que se pagarán los beneficios.

Además, entiendo y acepto que cualquier pago realizado en una cuenta bancaria incorrecta (incluidos, entre otros, una tarjeta bancaria prepaga o una cuenta corriente/de ahorros no estándar, ambas de los cuales no son aceptados por United of Omaha) de acuerdo con la información reportada en este formulario, los perderé y United of Omaha no tiene la obligación de recuperar esos fondos o hacerme pagos de reemplazo.

Además, entiendo y acepto para mí, mis herederos, albaceas y patrimonio indemnizar y eximir de responsabilidad a United of Omaha de cualquier pérdida o daño de cualquier naturaleza, incluidos los costos o los honorarios de abogados incurridos debido a que dicho banco actúa de conformidad con esta Autorización.

Además, entiendo y acepto que United of Omaha no es responsable de ningún cargo bancario u otros costos asociados con o que surjan de este acuerdo.

También entiendo que si mi banco no puede aceptar EFT, los cheques se enviarán por correo a mi residencia.

Me reservo el derecho de revocar y cancelar esta autorización. Dicha revocación y cancelación entrará en vigencia dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de la notificación por parte de United of Omaha.

Información del beneficiario	Información bancaria
Nombre completo	Nombre del banco
Dirección	Dirección
Dirección	Dirección
Ciudad	Ciudad
Estado y código postal	Estado y código postal
Número de teléfono ()	Número de teléfono ()
Número de seguro social	Número de cuenta
Número de póliza	Número de ruta/tránsito ABA del banco
Numero de reclamo	<input type="checkbox"/> Comprobación <small>(Marque solo uno)</small> <input type="checkbox"/> Ahorros <small>Tarjetas bancarias prepago y no estándar no se permiten cuentas de cheques/ahorros.</small>
Número de beneficiario (sólo para uso de oficina)	Aprobado por/Fecha (sólo para uso de oficina)

X

Firma del beneficiario

Fecha

Información del contacto

Adjunte YA SEA un cheque anulado para verificar O una boleta de depósito para ahorros y devolver con este formulario a:

United of Omaha Life Insurance Company
HO8W-GDMS
3316 Farnam Street
Omaha, NE 68172-7420

También puede enviar un fax al **402-997-1865** o enviar un correo electrónico a submitgrpdisinfo@mutualofomaha.com

Si tiene alguna pregunta sobre EFT, no dude en comunicarse con nuestros representantes de servicio al cliente al número gratuito 1-800-877-5176 (de lunes a jueves de 7 a.m. - 5:30 p.m. y viernes 7 a.m. - 5 p.m. CST).

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

Sección 2: Declaración del empleador (Responder a todas las preguntas para evitar retrasos)

Nombre de la empresa _____

Número de identificación del grupo _____

N.º o descripción de clase _____

N.º o descripción de división/ubicación _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Nombre del empleado _____

Número de teléfono del empleado _____

Dirección del empleado _____

Ciudad del empleado _____

Estado del empleado _____

Código postal del empleado _____

Ingresos brutos semanales _____

Fecha de nacimiento del empleado _____

Número de seguridad social del empleado _____

(Aviso: Los beneficios se calcularán en función de la prima recibida.) _____

Fecha de entrada en vigencia del salario _____ Número de horas trabajadas por semana _____ ¿La causa de la incapacidad es laboral? Sí No

El empleado es elegible para: Incapacidad a largo plazo Seguro de incapacidad del estado Licencia familiar remunerada

Licencia médica remunerada Seguro de vida grupal

Para los planes Tax Choice:

¿Se incluye el valor de la prima pagada por el empleador en la retribución del trabajador, y lo convierte en un beneficio no imponible? Sí No
(Asumiremos que es un beneficio imponible a menos que se indique lo contrario).

Para los planes Non-Tax Choice:

¿El empleado contribuye a la prima? Sí No

Si la respuesta es "sí," ¿qué porcentaje paga el empleado? _____% ¿antes o después de impuestos? _____ En bruto _____

Clasificación de la nómina del empleado: Exento No exento Asalariado Por hora Sindicalizado No sindicalizado Otra

¿Cómo se remuneró al empleado? _____

¿El empleado continúa recibiendo indemnización o remuneración desde su último día de trabajo? Sí No

¿El empleado es elegible para vacaciones o tiempo libre remunerado? Sí No Si la respuesta es "sí," responda las siguientes preguntas.

¿Monto semanal? _____ ¿Fecha de entrada en vigencia de los beneficios? _____ ¿Fecha de finalización de los beneficios? _____

¿El empleado es elegible para continuación de salario? Sí No Si la respuesta es "sí," responda las siguientes preguntas.

¿Monto semanal? _____ ¿Fecha de entrada en vigencia de los beneficios? _____ ¿Fecha de finalización de los beneficios? _____

¿El Empleado es elegible para la licencia por enfermedad? Sí No Si la respuesta es "sí," responda las siguientes preguntas.

¿Monto semanal? _____ ¿Fecha de entrada en vigencia de los beneficios? _____ ¿Fecha de finalización de los beneficios? _____

El empleado es elegible para: Licencia familiar remunerada Licencia médica remunerada Estado _____

¿Monto semanal? _____ ¿Fecha de entrada en vigencia de los beneficios? _____ ¿Fecha de finalización de los beneficios? _____

Fecha de contratación _____ Fecha de cobertura con este plan _____

¿Se ha presentado una solicitud de indemnización por accidente laboral? Sí No

¿El solicitante contaba con cobertura por incapacidad a corto plazo con otra aseguradora durante su empleo con usted? Sí No

Si la respuesta es "sí," escriba la fecha de entrada en vigencia de cobertura y el nombre de la aseguradora anterior.

Fecha de entrada en vigencia _____ Nombre _____

Aviso importante: Para empleados de 60 años de edad o más, consulte las disposiciones de la póliza con respecto a la continuación de cobertura de seguro de vida grupal y los derechos de conversión.

Si el empleado ya no está trabajando las horas mínimas que exige la póliza, indique por qué: Finalización de contrato de empleo Despido

Licencia personal Licencia médica (por ej., FMLA) Otra (explique) _____

Contáctese con el supervisor directo del empleado y luego marque la exigencia de fuerza que se ajuste mejor al trabajo del empleado:

Marque uno

<input type="checkbox"/> S - Sedentario	10 lb (4,5 kg) de elevación máxima, elevación/carga ocasional de artículos pequeños. Es posible que requiera caminar o ponerse de pie ocasionalmente.
<input type="checkbox"/> L - Liviano	20 lb (9 kg) de elevación máxima con elevación/carga frecuente de hasta 10 libras (4,5 kg) Un trabajo es ligero si el empleado realiza menos trabajos de elevación, pero debe caminar/estar de pie por una cantidad significativa de tiempo o si el empleado está principalmente sentado, pero debe empujar/tirar de controles con brazos o piernas.
<input type="checkbox"/> M - Medio	50 libras (22,7 kg) de elevación máxima con elevación/carga frecuente de hasta 25 libras (11,3 kg)
<input type="checkbox"/> P - Pesado	100 libras (45,3 kg) de elevación máxima con elevación/carga frecuente de hasta 50 libras (22,7 kg)
<input type="checkbox"/> MP - Muy pesado	Más de 100 libras (45,3 kg) de elevación con elevación/carga frecuente de más de 50 libras (22,7 kg)

Título del puesto del empleado (incluir descripción de trabajo) Último día trabajado Primer día laboral perdido

¿El empleado fue despedido o se le otorgó una licencia sin goce de sueldo en los últimos 12 meses? Sí No

En caso afirmativo, proporcione las fechas en las que el empleado no estaba trabajando activamente y la fecha en que regresó al trabajo activo.

Fechas Empleado no estaba trabajando activamente _____ Fecha en que el empleado regresó al trabajo activo _____

¿Se pagaron primas durante el trabajo o despido? Sí No

¿El empleado ha regresado al trabajo? Sí No

a) Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? _____ b) Si la respuesta es "no", ¿cuál es la fecha estimada de regreso al trabajo? _____

Si el médico le ha otorgado al solicitante el alta médica para regresar al trabajo a medio tiempo, con adaptaciones laborales temporales, o una combinación de ambas, ¿su empresa consideraría estas adaptaciones para ayudar a facilitar el regreso al trabajo? Sí No

Nombre impreso Firma de la persona que completó el formulario de reclamo Título de la persona que completó el formulario de reclamo

Fecha de firma Número de teléfono (con código de área) Número de fax (con código de área) Dirección de correo electrónico

Deberá notificarnos si el empleado regresa al trabajo después de la presentación de este formulario.

Sección 3: Declaración del médico tratante (Responda a todas las preguntas para evitar retrasos)

3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175-0001 | Fax: (402) 997-1865

Nombre del empleador		Número de identificación del grupo	
Nombre del paciente (apellido, nombre, segundo nombre) impreso		Fecha de nacimiento	Número de teléfono del empleado
Dirección del empleado	Ciudad del empleado	Estado del empleado	Código postal del empleado
Diagnóstico		Código/s CIE-10	
Síntomas		Fecha en que los síntomas aparecieron por primera vez	
Fecha inicial de tratamiento	Última fecha de tratamiento	Próxima fecha de tratamiento/visita al consultorio	
La incapacidad se debe a: <input type="checkbox"/> Accidente/Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> ¿Es una incapacidad relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si corresponde, enumere los códigos/procedimientos quirúrgicos. Describa completamente y proporcione fechas, si las hubiera.			

Si la incapacidad se debe al embarazo, proporcione la siguiente información:

Fecha del último período menstrual	Fecha prevista de parto	Tipo de parto esperado: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea
Fecha real de parto	Tipo real de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	

Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es "sí", proporcione la información a la derecha de esa pregunta.

¿La paciente fue tratada en una sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de tratamiento	Nombre del hospital	Nombre del médico
¿Algún otro médico trató o tratará a la paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de tratamiento	Nombre y dirección del médico	
¿La paciente estuvo internada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de internación en el hospital: Del _____ Al _____		Nombre del hospital
¿La paciente se sometió a cirugía ambulatoria en un hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la cirugía	Nombre del centro de salud o en un centro de cirugía ambulatoria	

Limitaciones funcionales - Capacidades

Indique la frecuencia diaria con la que puede realizar la actividad listada.

(n = nunca, o = ocasionalmente, f = frecuentemente, c = constantemente)

Elevar	Cargar
_____ 1-5 libras (0,45 a 2,26 kg)	_____ 1-5 libras (0,45 a 2,26 kg)
_____ 6-10 libras (2,72 a 4,53 kg)	_____ 6-10 libras (2,72 a 4,53 kg)
_____ 11-25 libras (5 kg a 11,33 kg)	_____ 11-25 libras (5 kg a 11,33 kg)
_____ 26-50 libras (11,79 a 22,67 kg)	_____ 26-50 libras (11,79 a 22,67 kg)
_____ 51-100 libras (23,13 a 45,35 kg)	_____ 51-100 libras (23,13 a 45,35 kg)
_____ Más de 100 libras (45,3 kg)	_____ Más de 100 libras (45,3 kg)

Indique el máximo de tiempo en que puede realizar cada actividad por vez.

_____ Sentado	_____ Arrodillado	_____ D: Destreza manual
_____ Tiempo total de pie		_____ I: Destreza manual
_____ De pie	_____ En interiores	} Extenderse
_____ Caminando		
_____ Flexionando la espalda	_____ En exteriores	
_____ Permanecer en cuclillas	_____ Trabajando con otras personas	
_____ Agacharse	_____ Otra (especifique) _____	

Por favor, notifiquenos si el Empleado regresa al trabajo después de la presentación de este formulario.

Limitaciones mentales - Capacidades

Marque la respuesta adecuada sobre la capacidad de la persona para adaptarse a estas situaciones de trabajo específicas en este momento.

	Ilimitado	Algo limitado	Muy limitado	Incapaz de realizar
Respetar las reglas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar trabajos repetitivos o de ciclos cortos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar a un ritmo constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantener la atención y la concentración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar diversas tareas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprender, recordar y realizar instrucciones complejas de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respetar los límites y normas establecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionarse con los compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interactuar con los supervisores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interactuar con el público/clientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar su criterio y tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirigir, controlar o planificar las actividades de otros trabajadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenciar las opiniones, actitudes y criterios de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expresar sentimientos personales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar de manera solitaria o físicamente separada de otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles son las funciones del puesto usual o propio que el empleado es incapaz de realizar? (Proporcione razones aquí, si no se han proporcionado ya.)

¿Cuáles son las restricciones funcionales que sufre la persona?

¿Cuándo espera que el paciente recupere las capacidades previas a las adaptaciones? _____

¿Recomendaría la rehabilitación vocacional para este paciente? Sí No

El paciente ha sido incapacitado continuo (incapaz de trabajar) de _____ a _____.

El paciente debería poder trabajar: Tiempo completo Medio tiempo en _____ o si no hay una fecha específica, en:
 1 mes 1 a 3 meses 3 a 6 meses Otro (especifique)

¿Cuál es su plan de tratamiento para que el paciente regrese al trabajo o recupere su nivel de capacidad anterior?

Nombre del médico tratante (impreso) Especialidad/Título/s Número de identificación fiscal

Dirección (N.º, calle, ciudad, código postal del estado) Número de teléfono (con código de área) Número de fax (con código de área)

Si es necesario, ¿a quién podemos contactar en la oficina del médico tratante para obtener información adicional?

Nombre Número de teléfono (con código de área)

Firma del médico tratante Fecha

Por favor, notifiquenos si el Empleado regresa al trabajo después de la presentación de este formulario.