

# DECLARACIÓN DEL EMPLEADO DE FORMULARIO DE RECLAMO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

# MetLife

Metropolitan Life Insurance Company  
PO Box 14681  
Lexington, KY 40511  
Fax: 877-840-9166

Instrucciones para completar el formulario de reclamo:

1. Complete todas las áreas aplicables del formulario de reclamo.
2. Si usted es el Representante Autorizado, incluya una copia del (los) documento(s) legal(es) que lo autoriza(n) a actuar de parte del empleado / reclamante.
3. Firme el formulario de reclamo.
4. Envíe este formulario por fax para acelerar su reclamo. Guarde el original para sus archivos.
5. \*Contacte a MetLife al 855-792-6179 si tiene dudas sobre cómo completar este formulario.

## Sección 1: Información personal

<b>Nombre (Apellido, primero, inicial del medio)</b> — RESPUESTA OBLIGATORIA		<b>Patrono</b> — RESPUESTA OBLIGATORIA		<b>No. de Informe de Grupo</b>		<b>No. de Cliente</b> 151606	
Dirección		Ciudad		Estado		Código Postal	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>No. de Seguro Social</b> RESPUESTA OBLIGATORIA	
No. de teléfono		No. de teléfono de trabajo		Ocupación		Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro	
Información de dependientes:							
		Nombre		Fecha de nacimiento		No. de SS	
Cónyuge		_____		_____		_____	
Hijos		_____		_____		_____	
_____		_____		_____		_____	
_____		_____		_____		_____	

## Sección 2: Información de reclamación

¿Su incapacidad se debe a <input type="checkbox"/> lesión/accidente? <input type="checkbox"/> Enfermedad?		Si se debe a lesión/accidente, proporcione fecha, hora y detalles					
¿La afección tiene relación con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contestó sí, indique su núm. de caso en el Fondo del Seguro del Estado.					
Fecha del primer tratamiento para el problema médico		<b>Último día de trabajo</b> RESPUESTA OBLIGATORIA		Fecha en que comenzó la incapacidad		Altura	Peso
Nombre, dirección, número de teléfono de su médico tratante primario.							
Nombres de médicos/proveedores que lo han tratado durante el último año.							
<u>Nombre del médico/proveedor</u>		<u>Número de teléfono</u>		<u>Fechas de tratamiento</u>		<u>Motivo de la visita</u>	
_____		_____		De _____ a _____		_____	
_____		_____		De _____ a _____		_____	
_____		_____		De _____ a _____		_____	
_____		_____		De _____ a _____		_____	
¿El paciente ha sido hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, proporcione fechas desde _____ hasta _____ <input type="checkbox"/> Con internación <input type="checkbox"/> Ambulatorio							
Nombre y dirección del hospital							
Coloque un círculo alrededor del nivel más alto de estudios completado. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18				Títulos, certificados, habilitaciones/destrezas o capacitación recibida			

Por favor, describa que impide que usted realice las tareas de su función.

¿Ha usted solicitado o está recibiendo ingresos de alguna otra fuente?  Sí  No

Si respondió afirmativamente, favor proporcionar la siguiente información:

	Solicitó	Recibo	\$ Cantidad	Frecuencia	Desde/hasta Fechas
Continuidad de salario/licencia por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Incapacidad temporera (STD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Fondo del Seguro del Estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
SINOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Seguro Social de dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
ACAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Jubilación/pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Incapacidad total permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Seguro Social Choferil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Licencia por maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Otro (favor especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

## ACUERDO DE REEMBOLSO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

# MetLife

Metropolitan Life Insurance Company  
PO Box 14681  
Lexington, KY 40511  
Fax: 877-840-9166

Instrucciones para completar el formulario de reclamación:

1. Complete todas las áreas aplicables del formulario de reclamación.
2. Si usted es el representante autorizado, incluya una copia del(los) documento(s) legal(es) que le autorizan a actuar en nombre del empleado/reclamante.
3. Firme el formulario de reclamación.
4. Envíe por fax este formulario para agilizar su reclamación; conserve el original para sus registros.

Nombre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre) N° del Seguro Social

N° de informe

N° de reclamación

### Acuerdo para reembolsar el pago en exceso de beneficios por incapacidad a largo plazo

Yo, \_\_\_\_\_ reconozco que, si mi reclamación por incapacidad está o ha sido aprobada, bajo mi cobertura de Incapacidad a largo plazo, Metropolitan Life Insurance Company (MetLife) está autorizada a reducir los beneficios de otra manera pagaderos a mi persona, en ciertas cantidades pagadas o pagaderas a mi persona bajo las provisiones por incapacidad o jubilación de la Ley del Seguro Social (incluyendo todos los pagos para mis dependientes elegibles), bajo una Ley de Fondo Del Seguro del Estado o Ley de Enfermedad Ocupacional y bajo cualquier ley estatal de Beneficio Obligatorio por Incapacidad, o cualquier otra ley de similar intención.

Entiendo que, si mi reclamación por incapacidad está o ha sido aprobada, MetLife está dispuesta a realizarme pagos mensuales adelantados por incapacidad que, debido a los montos pagados o pagaderos bajo las leyes descritas anteriormente, pueden ser mayores que los beneficios que realmente se me adeudan. Sin embargo, también entiendo y acepto que MetLife realizará esos pagos, sólo si hago ciertas declaraciones que manifiesto y garantizo como verdaderas y sólo si acepto lo siguiente:

1. No he recibido y no estoy recibiendo pagos bajo las leyes descritas anteriormente, ya sea en la forma de un pago de beneficio o un compromiso de resolución.
2. Si aún no he solicitado los beneficios del Seguro Social, entonces acepto hacerlo según se especifica en mi Plan de Beneficios después de haber recibido mi primer cheque mensual de beneficio de MetLife. Como prueba de esto, acepto enviar a MetLife una copia del Recibo de Formulario de reclamación que la Administración del Seguro Social me entregue en el momento de mi solicitud.
3. Acepto presentar una Reconsideración o Apelación al Seguro Social si éste deniega mi reclamación de beneficios, como lo especifica mi Plan de Beneficios.
4. Como lo especifica mi Plan de Beneficios, cuando yo, mi cónyuge o mis dependientes reciban cualquier pago por incapacidad o jubilación bajo las leyes descritas anteriormente como resultado de mi incapacidad, acepto notificar inmediatamente a MetLife enviando una copia de la concesión, notificación o cheque a MetLife.
5. Después de que MetLife haya recalculado mi pago mensual de beneficio y haya determinado el monto del pago en exceso, como lo especifica mi Plan de Beneficios, acepto reembolsar a MetLife todos y cada uno de los montos que MetLife o el patrono me hayan adelantado en base a este Acuerdo.
6. Si por cualquier motivo no se reembolsa a MetLife o al patrono, entonces entiendo que MetLife puede reducir mi pago mensual de beneficio a un monto menor del mínimo mensual de beneficios establecido en mi Plan de Beneficios, hasta que el pago en exceso sea reembolsado completamente.
7. Acepto reembolsar a MetLife en una suma global única todo pago en exceso de mi reclamación por incapacidad a largo plazo debido a la integración de beneficios retroactivos del Scial.

Entiendo que, cuando MetLife emite un pago adelantado, está confiando en mis declaraciones y acuerdos del presente documento. Mi aceptación de un pago adelantado, junto con mi firma a continuación, es mi aceptación de los términos de este Acuerdo.

Firma del testigo

Fecha

Firma del reclamante

Fecha

**HIPAA:** Esta Autorización ha sido redactada específica y cuidadosamente para permitir la revelación de información médica de acuerdo con las reglas de privacidad adoptadas y posteriormente enmendadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (en inglés, HIPAA).

**NOTA PARA TODOS LOS PROVEEDORES DE CUIDADOS DE LA SALUD:** La Ley de no discriminación por información genética de 2008 (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) prohíbe a los patronos y otras entidades cubiertas por el Título II de la Ley GINA solicitar o requerir la información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto cuando esta ley lo permite expresamente. Para cumplir con esta ley, le pedimos no brindar ninguna información genética cuando responda a esta solicitud de información médica. 'Información genética', como la define la Ley GINA, incluye el historial médico de la familia de una persona, los resultados de pruebas genéticas realizadas a una persona o a un miembro de su familia, el hecho de que una persona o un miembro de su familia haya buscado o recibido servicios genéticos, e información genética de un feto llevado por una persona o un miembro de su familia o un embrión gestado legalmente por una persona o un miembro de su familia que recibe servicios de asistencia reproductiva.

Instrucciones para completar el formulario:

1. Complete todos los campos del formulario que correspondan.
2. Si usted es el Representante autorizado, incluya una copia del(los) documento(s) legal(es) que le autoriza(n) a actuar en nombre del empleado/reclamante.
3. Firme este formulario.
4. Envíe por fax o devuelva este formulario lo antes posible para agilizar el procesamiento de su reclamación; conserve el original para sus registros.

**Su negación a completar y firmar este formulario puede afectar su elegibilidad para recibir beneficios de acuerdo con el plan de incapacidad de su patrono.**

Nombre del empleado (en letra de imprenta)

Número del Seguro Social

Número de reclamación:

## Autorización para revelar información sobre mi persona

Con el propósito de determinar mi elegibilidad para recibir beneficios por incapacidad, autorizo a la administración del plan de beneficios por incapacidad de mi patrono (que puede incluir el brindarme ayuda para reincorporarme al trabajo o para aplicar a los beneficios del Seguro de Incapacidad del Seguro Social) y a la administración de otros planes de beneficios en los cuales participo y que puedan verse afectados por mi elegibilidad para recibir beneficios por incapacidad, incluyendo entre otros cualquier programa de compensación del trabajador, de asistencia al empleado o de administración de enfermedades, a realizar las siguientes revelaciones de información sobre mí persona en el formato solicitado, que puede ser por teléfono, fax o correo:

1. **Autorizo:** A cualquier médico u otro profesional médico/proveedor de cuidados de la salud, hospital, clínica, otras instalaciones o servicios médicos relacionados, administrador de beneficios de farmacia, aseguradora, patrono, agencia gubernamental, titular de póliza grupal, titular de contrato o administrador de plan de beneficios a revelar a Metropolitan Life Insurance Company ("MetLife"), y a agencias de información sobre el consumidor, agencias de investigación, abogados y administradores independientes de reclamaciones que actúan en nombre de MetLife, toda la información acerca de mi salud, cuidado médico, empleo y mi reclamación por incapacidad.
2. **Autorizo:** A MetLife a revelar a mi patrono o sus agentes, en su carácter de administrador de sus planes o programas de beneficios, incluyendo entre otros, Fondo Del Seguro Del Estado, de asistencia al empleado o de administración de enfermedades, toda información acerca de mi salud, cuidado médico, empleo y reclamación por incapacidad.

**Esta Autorización para revelar información sobre mi persona** específicamente incluye mi permiso para revelar toda mi historia clínica, incluyendo información médica, registros, resultados de pruebas y datos sobre: atención médica o cirugías; registros médicos psiquiátricos o psicológicos (excluidas las notas de psicoterapia); y abuso de alcohol o drogas, incluyendo todos los datos protegidos por los Reglamentos Federales 42 CFR Parte 2 u otras leyes aplicables. **La información con respecto a enfermedades mentales, VIH, SIDA, enfermedades relacionadas con el VIH y enfermedades de transmisión sexual, u otras enfermedades contagiosas graves, puede estar controlada por diferentes leyes y regulaciones. Doy mi consentimiento a la revelación de tal información, pero sólo de acuerdo con las leyes y reglamentos que se apliquen a mi persona. La información que puede estar sujeta a los reglamentos de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., una vez revelada, puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del receptor de la misma, en la medida que lo permita o requiera la ley, y desde ese momento, puede no estar ya cubierta por estos reglamentos. Su profesional de cuidado de la salud no puede condicionar su tratamiento a si usted firma o no esta autorización.**

Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento, escribiendo a MetLife Disability a P.O. Box 14681, Lexington, KY 40511, excepto en la medida en que se haya tomado una acción en base a la misma. Si no lo hago, será válida por 24 meses desde la fecha en que yo haya firmado este formulario, o por la duración de mi reclamo por beneficios, el período que fuera menor. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el formulario original y tengo derecho a recibir una copia si la solicito.

Firma del empleado

Fecha

## Declaración del empleado para reclamo de incapacidad (continuación)

### Advertencia de fraude:

Antes de firmar este formulario de reclamación, lea la advertencia que corresponde al estado en donde usted reside y al estado donde se emitió la póliza de seguro bajo la cual realiza la reclamación de beneficios.

Alabama, Arkansas, Distrito de Columbia, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, Nuevo México, Ohio, Rhode Island y Virginia Occidental – Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un pago por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presenta información falsa en una solicitud para la obtención de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Alaska – Una persona que a sabiendas y con el propósito de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros presenta una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

Arizona – Para su protección, la ley de Arizona requiere que el siguiente enunciado aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtención de pago por una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

California – Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para la obtención de pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Colorado – Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos engañosos, falsos o incompletos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas brinda información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o demandante con el propósito de estafarlos o intentar estafarlos con relación a un acuerdo o indemnización de procedimientos de seguros será denunciado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Normativas.

Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma – ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con el propósito de dañar, estafar o engañar a cualquier asegurador, realiza cualquier reclamación para los procedimientos de una póliza de seguro que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Florida – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros presenta una demanda o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Kentucky – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una demanda que contiene información considerablemente falsa u oculta información, con el propósito de desorientar, con respecto a cualquier hecho relevante, comete acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington – Es un delito brindar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de beneficios de seguro.

Maryland – Cualquier persona que a sabiendas o intencionadamente presenta una reclamación falsa o fraudulenta para la obtención de pago por pérdida o beneficio, o que a sabiendas o intencionadamente presenta información falsa en una solicitud para obtención de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

New Hampshire – Una persona que, con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una demanda que contiene información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a juicio y sanción por fraude de seguro, tal como se indica en RSA 638:20.

Nueva Jersey – Cualquier persona que a sabiendas presenta una demanda que contiene información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Oregón y Vermont – Cualquier persona que a sabiendas presenta una demanda falsa para obtención de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones bajo la ley estatal.

## Declaración del empleado para reclamo de incapacidad (continuación)

### Advertencia de fraude (continuación):

**Puerto Rico** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar incluye información falsa en una solicitud para obtener seguro o presenta, ayuda o instiga en la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener pago por una pérdida u otro beneficio, o presenta más de una reclamación para la misma pérdida o daño, comete un delito grave y si es hallado culpable debe ser sancionado por cada violación con una multa no menor a cinco mil dólares (\$5,000), ni mayor a diez mil dólares (\$10,000); o encarcelado por un periodo fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el periodo fijo de prisión puede incrementarse a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias mitigantes, el periodo de prisión puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Texas** – Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para la obtención de pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

**Pensilvania y todos los demás estados** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u a otra persona presenta una solicitud para obtención de seguro o una demanda que contiene información considerablemente falsa u oculta información, con el propósito de engañar, con respecto a hechos relevantes comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva York** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u a otra persona presenta una solicitud o demanda que contiene información considerablemente falsa u oculta información, con el propósito de engañar, con relación a hechos relevantes comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanción civil no mayor a cinco mil dólares y al valor fijado de la reclamación por cada violación.

Nombre del Empleado (favor escribir con letra de imprenta): \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL PATRONO  
DEL FORMULARIO DE RECLAMO  
DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO**

**MetLife**

Metropolitan Life Insurance Company  
PO Box 14681  
Lexington, KY 40511  
Fax: 877-840-9166

Instrucciones para completar el formulario de reclamo:

1. Complete todas las áreas aplicables del formulario de reclamo.
2. Firme el formulario de reclamo.
3. Envíe este formulario por fax para acelerar su reclamo. Guarde el original para sus archivos.

<b>Sección 1: Información del patrono</b>					
Nombre del Patrono – RESPUESTA OBLIGATORIA			No. de Informe de Grupo	No. de Subdivisión	No. de Sucursal
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	No. de Cliente 151606	
Nombre de Subsidiaria o División			Dirección		
Nombre de persona de contacto y correo electrónico				No. de teléfono	
<b>Sección 2: Información del empleado</b>					
Nombre (Apellido, primero, inicial del medio) – RESPUESTA OBLIGATORIA		No. de Seguro Social – RESPUESTA OBLIGATORIA		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	No. de teléfono	
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro	Número de días de licencia por enfermedad disponibles desde el comienzo de la incapacidad.	Fecha de contratación	Ocupación actual	¿Cuánto hace que tiene esta ocupación?	
Dirección del lugar de trabajo			No. de identificación del empleado	No. de teléfono de trabajo	
Nombre del Supervisor				No. de teléfono	
<b>Sección 3: Información de reclamo</b>					
¿El reclamo se debe a <input type="checkbox"/> Lesión? <input type="checkbox"/> Enfermedad?		Descripción de enfermedad o lesión (incluir fecha del accidente si aplica):			
¿La afección tiene relación con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si respondió que sí, indique el número de caso del Fondo del Seguro del Estado, _____. Indique el pueblo de la oficina regional del Fondo del Seguro que da servicio a este empleado, _____.					
Incluya copia del Informe de Accidente y copia de la decisión del Fondo del Seguro que indique que el empleado está en status de descanso.					
<b>Última fecha en que trabajó – RESPUESTA OBLIGATORIA</b>	Primer día ausente	Fecha en que regresó al trabajo <input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/> Estimada	Fecha de efectividad de la cobertura	Paga al último día trabajado	Tasa de beneficio
Aportes de primas Patrono _____ % Empleado _____ %		<input type="checkbox"/> Antes de impuestos <input type="checkbox"/> Después de impuestos	Salario básico (excluyendo horas extra, bonificaciones, etc.) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Promedio de horas trabajadas por semana	
Situación del empleado el primer día de ausencia Si no estaba activo, favor explicar		<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> LOA <input type="checkbox"/> Despido temporal <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Jubilación	LTD: Fecha de firma de tarjeta de inscripción	Si el empleado eligió el Plan Mejorador indique la fecha de efectividad de dicha cobertura	
¿Ha tenido el empleado periodos de ausencia prolongada debido a incapacidad anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, incluya las fechas.					
¿Puede modificarse el empleo del empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, indique cómo.			¿Se ha conversado con el empleado sobre su regreso al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
A su mejor saber y entender, indique si el empleado ha solicitado o está recibiendo ingresos de cualquiera de las siguientes fuentes:					
	Solicitó	Recibo	\$ Cantidad	Frecuencia	Desde/hasta Fechas
Continuidad de salario/licencia por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Incapacidad temporera (STD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Fondo del Seguro del Estado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
SINOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Seguro Social de dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
ACAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Jubilación/pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Incapacidad total permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Seguro Social Choferil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Licencia por maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Otro (favor especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

### Sección 4: Descripción de tareas del empleado

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Cantidad usual de días trabajados \_\_\_\_\_ /por semana  
 Nombre del cargo del empleado: \_\_\_\_\_ Horas trabajadas \_\_\_\_\_ /por semana  
 Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de reclamo \_\_\_\_\_

Esta sección debe completarla una persona familiarizada con las funciones del empleado (por ejemplo, gerente o supervisor). Complete todas las secciones. Esta sección debe completarse Y usted debe también adjuntar una copia de la descripción de tareas de la compañía para la función del empleado.

Nombre de la persona que completa esta sección: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Coloque una X en cada una de las casillas correspondientes para indicar la medida de la actividad específica realizada por este empleado.

	Cantidad de horas por turno						Cantidad de horas por turno				
	0	1-2	3-4	5-6	7-8+		0	1-2	3-4	5-6	7-8+
1. Sentado						14. Agarrando					
2. Parado						A. Simple/Leve					
3. Caminando						1. Solo mano derecha					
4. Agachado						2. Solo mano izquierda					
5. Retorciéndose						3. Ambas manos					
6. Trepando						B. Firme/Fuerte					
7. Intentando alcanzar más allá del nivel del hombro						1. Solo mano derecha					
8. En cuclillas/encorvándose						2. Solo mano izquierda					
9. Arrodiado						3. Ambas manos					
10. Haciendo equilibrio						15. Destreza fina con dedos					
11. Empujando y jalando						A. Solo mano derecha					
12. Uso repetitivo de pedal						B. Solo mano izquierda					
A. Solo pie derecho						C. Ambas manos					
B. Solo pie izquierdo						16. Uso de cabeza y cuello en:					
C. Ambos pies						A. Posición estática					
13. Uso repetitivo de las manos						B. Retorciéndose					
A. Solo mano derecha						C. Mirando hacia arriba					
B. Solo mano izquierda						D. Mirando hacia abajo					
C. Ambas manos											

	Jamás 0% del tiempo	Ocasionalmente 1-33% del tiempo	Frecuentemente 34-66% del tiempo	Continuamente 67-100% del tiempo
17. Levantando o cargando				
A. Hasta 10 lbs.				
B. 11 a 20 lbs				
C. 21 a 50 lbs				
D. 51 a 100 lbs				
E. + de 100 lbs				
18. Frecuencia de relaciones interpersonales necesarias para realizar las tareas				
19. Frecuencia de situaciones estresantes necesarias para realizar las tareas				

Al realizar las tareas, el empleado debe:

	Sí	No		Sí	No
20. Conducir autos, camiones, grúas y/u otros equipos			23. Estar expuesto a polvo, gas o vapores si respondió que sí, ¿se necesitan respiradores?		
21. Estar cerca de equipos y/o maquinarias en movimiento			24. Estar expuesto a cambios marcados de temperatura o humedad		
22. Caminar sobre suelo desnivelado			25. ¿Debe trabajar horas extras como rutina?		

## Declaración del patrono para reclamo de incapacidad (continuación)

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Advertencia de fraude:

Antes de firmar este formulario de reclamación, lea la advertencia que corresponde al estado en donde usted reside y al estado donde se emitió la póliza de seguro bajo la cual realiza la reclamación de beneficios.

**Alabama, Arkansas, Distrito de Columbia, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, Nuevo México, Ohio, Rhode Island y Virginia Occidental** – Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un pago por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presenta información falsa en una solicitud para la obtención de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

**Alaska** – Una persona que a sabiendas y con el propósito de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros presenta una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

**Arizona** – Para su protección, la ley de Arizona requiere que el siguiente enunciado aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtención de pago por una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**California** – Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para la obtención de pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

**Colorado** – Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos engañosos, falsos o incompletos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas brinda información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o demandante con el propósito de estafarlos o intentar estafarlos con relación a un acuerdo o indemnización de procedimientos de seguros será denunciado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Normativas.

**Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma** – ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con el propósito de dañar, estafar o engañar a cualquier asegurador, realiza cualquier reclamación para los procedimientos de una póliza de seguro que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**Florida** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros presenta una demanda o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

**Kentucky** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una demanda que contiene información considerablemente falsa u oculta información, con el propósito de desorientar, con respecto a cualquier hecho relevante, comete acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito.

**Maine, Tennessee, Virginia y Washington** – Es un delito brindar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de beneficios de seguro.

**Maryland** – Cualquier persona que a sabiendas o intencionadamente presenta una reclamación falsa o fraudulenta para la obtención de pago por pérdida o beneficio, o que a sabiendas o intencionadamente presenta información falsa en una solicitud para obtención de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

**New Hampshire** – Una persona que, con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una demanda que contiene información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a juicio y sanción por fraude de seguro, tal como se indica en RSA 638:20.

**Nueva Jersey** – Cualquier persona que a sabiendas presenta una demanda que contiene información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Oregón y Vermont** – Cualquier persona que a sabiendas presenta una demanda falsa para obtención de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones bajo la ley estatal.

## Declaración del patrono para reclamo de incapacidad (continuación)

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Advertencia de fraude (continuación):

**Puerto Rico** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar incluye información falsa en una solicitud para obtener seguro o presenta, ayuda o instiga en la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener pago por una pérdida u otro beneficio, o presenta más de una reclamación para la misma pérdida o daño, comete un delito grave y si es hallado culpable debe ser sancionado por cada violación con una multa no menor a cinco mil dólares (\$5,000), ni mayor a diez mil dólares (\$10,000); o encarcelado por un periodo fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el periodo fijo de prisión puede incrementarse a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias mitigantes, el periodo de prisión puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Texas** – Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para la obtención de pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

**Pensilvania y todos los demás estados** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u a otra persona presenta una solicitud para obtención de seguro o una demanda que contiene información considerablemente falsa u oculta información, con el propósito de engañar, con respecto a hechos relevantes comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva York** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u a otra persona presenta una solicitud o demanda que contiene información considerablemente falsa u oculta información, con el propósito de engañar, con relación a hechos relevantes comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanción civil no mayor a cinco mil dólares y al valor fijado de la reclamación por cada violación.

Representante Autorizado del Patrono

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Núm. de reclamación: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE



Metropolitan Life Insurance Company  
PO Box 14681  
Lexington, KY 40511  
Fax: 877-840-9166

Instrucciones para completar el formulario de reclamo:

1. Complete todas las áreas aplicables del formulario de reclamo.
2. Firme el formulario de reclamo.
3. Envíe este formulario por fax para acelerar su reclamo. Guarde el original para sus archivos.

**Puerto Rico – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar incluye información falsa en una solicitud para obtener seguro o presenta, ayuda o instiga en la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener pago por una pérdida u otro beneficio, o presenta más de una reclamación para la misma pérdida o daño, comete un delito grave y si es hallado culpable debe ser sancionado por cada violación con una multa no menor a cinco mil dólares (\$5,000), ni mayor a diez mil dólares (\$10,000); o encarcelado por un periodo fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el periodo fijo de prisión puede incrementarse a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias mitigantes, el periodo de prisión puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.**

La siguiente sección debe ser completada y firmada por el empleado/paciente. Ocupación  
Todo cargo para completar este formulario es responsabilidad del paciente.

Nombre-RESPUESTA OBLIGATORIA	No. de Seguro Social RESPUESTA OBLIGATORIA	Patrono RESPUESTA OBLIGATORIA	No. de Informe de Grupo
------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------

Por el presente, autorizo a mi médico a divulgar toda información adquirida en el curso de examen o tratamiento. Fecha de nacimiento  
Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

La siguiente sección debe ser completada y firmada por el médico tratante.  
La finalidad de este informe es ayudarnos a tomar una determinación de incapacidad. Por favor, complete todas las secciones aplicables de este formulario. Un representante de reclamos de MetLife puede llamar por teléfono a su oficina si se necesita información adicional.

#### Historia

Los síntomas son el resultado de:  Lesión  Enfermedad ¿El problema medico es ocupacional?  Sí  No

Fecha inicial de tratamiento \_\_\_\_\_ Fecha más reciente de tratamiento \_\_\_\_\_

¿Aconsejó al paciente que deje de trabajar en la ocupación mencionada arriba?  Sí  No Si respondió que sí, fecha \_\_\_\_\_

Nombres y números de teléfono de los proveedores a los que fue remitido el paciente:  
Nombre No. de teléfono Nombre No. de teléfono

¿El paciente ha sido hospitalizado?  Sí  No Si respondió que sí, fecha de internación \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del establecimiento

#### Diagnóstico y tratamiento

Código de diagnóstico primario \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

Código de diagnóstico secundario \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

Síntomas subjetivos

Conclusiones objetivas (incluir copias/resultados de toda radiografía, prueba de laboratorio, EKG, MRI, exploraciones y notas de consultorio)

Planes de tratamiento actuales y recomendados \_\_\_\_\_

Si se realizó cirugía/se prevé cirugía, proporcionar lo siguiente:

CPT-4 \_\_\_\_\_ Procedimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Medicamentos recetados (nombres, dosis)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Funciones psicológicas**

Marcar la casilla correspondiente abajo:

- Clase 1 – El paciente puede funcionar bajo estrés y tener relaciones interpersonales (sin limitaciones)
- Clase 2 – El paciente puede funcionar bajo la mayoría de las situaciones de estrés y tener algunos relaciones interpersonales (con limitaciones leves)
- Clase 3 – El paciente solo puede funcionar en situaciones de estrés limitado y solo tener relaciones interpersonales limitadas (limitaciones moderadas)
- Clase 4 – El paciente no puede funcionar en situaciones de estrés y tener relaciones interpersonales (limitaciones marcadas)
- Clase 5 – El paciente presenta pérdida significativa de ajuste psicológico, fisiológico, personal y social (limitaciones graves)

Comentarios:

¿Qué factores de estrés o problemas con destrezas interpersonales pueden afectar la capacidad del paciente de desempeñar las funciones de su empleo?

¿El paciente tiene competencia para endosar cheques y hacer uso directo de los fondos?  Sí  No

**Capacidades físicas**

(a) Capacidad del paciente para: (colocar un círculo alrededor de la opción correspondiente)

	Horas								(marcar)		
Estar sentado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/> Continuamente	<input type="checkbox"/> Intermitentemente
Estar parado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/> Continuamente	<input type="checkbox"/> Intermitentemente
Caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/> Continuamente	<input type="checkbox"/> Intermitentemente

(b) Capacidad del paciente para: (colocar un círculo alrededor de la opción correspondiente)

Trepar	Sí	No
Retorcerse/agacharse/ponerse en cuclillas	Sí	No
Alcanzar más allá del nivel del hombro	Sí	No
Operar un vehículo motor	Sí	No

(c) Capacidad del paciente para levantar/cargar: (marcar)

	Nunca 0%	Ocasionalmente 1-35%	Frecuentemente 36-66%	Continuamente 67-100%
Hasta 10 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 a 20 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 a 50 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 a 100 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 100 lbs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(d) Capacidad del paciente para realizar en forma repetida: (colocar un círculo alrededor de la opción correspondiente)

	Mano derecha		Mano izquierda	
Movimientos de dedos	Sí	No	Sí	No
Movimientos de ojos/manos	Sí	No	Sí	No
Empujar/Jalar	Sí	No	Sí	No
Mano dominante	D _____		I _____	

(e) En su opinión, ¿por qué el paciente no es capaz de realizar las tareas de su empleo?

(f) El paciente puede trabajar un total de \_\_\_\_\_ horas por día.

(g) ¿Usted prevé mejoras en alguna área? (De ser así, favor comentar y proporcionar fechas/plazos).

**Cardiaco**

Capacidad funcional (Asociación Americana del Corazón). Completar solo si es aplicable.

- Clase 1 (sin limitaciones)  Clase 2 (limitación leve)  Clase 3 (limitación marcada)  Clase 4 (limitación completa)

Presión sanguínea (lectura más reciente) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al (fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿El paciente está en un programa de rehabilitación cardiaca?

**Prognosis**

¿Le ha aconsejado al paciente que regresara al trabajo?

- Sí Si respondió que sí, fecha de regreso \_\_\_\_\_  A la ocupación regular  Tiempo completo  Tiempo parcial
- A cualquier otra ocupación  Tiempo completo  Tiempo parcial
- No Si respondió que no, favor explicar

Toda restricción de trabajo/actividades aplicable (favor ser específico)

**Rehabilitación**

¿Sugiere usted que el paciente participe en alguno de los siguientes? Favor marcar todos los que correspondan.

De ser así, ¿conversó al respecto con el paciente?  Sí  No

- Fisioterapia  Programa de manejo del dolor  Rehabilitación vocacional
- Terapia ocupacional  Programa de rehabilitación laboral  Asesoría psicológica
- Rehabilitación cardiaca  Modificación de empleo  Otro \_\_\_\_\_

## Declaración del médico tratante para reclamo de incapacidad (continuación)

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Advertencia de fraude:

Antes de firmar este formulario de reclamación, lea la advertencia que corresponde al estado en donde usted reside y al estado donde se emitió la póliza de seguro bajo la cual realiza la reclamación de beneficios.

Alabama, Arkansas, Distrito de Columbia, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, Nuevo México, Ohio, Rhode Island y Virginia Occidental – Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un pago por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presenta información falsa en una solicitud para la obtención de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Alaska – Una persona que a sabiendas y con el propósito de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros presenta una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

Arizona – Para su protección, la ley de Arizona requiere que el siguiente enunciado aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtención de pago por una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

California – Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para la obtención de pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

Colorado – Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos engañosos, falsos o incompletos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas brinda información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o demandante con el propósito de estafarlos o intentar estafarlos con relación a un acuerdo o indemnización de procedimientos de seguros será denunciado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Normativas.

Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma – ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con el propósito de dañar, estafar o engañar a cualquier asegurador, realiza cualquier reclamación para los procedimientos de una póliza de seguro que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Florida – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros presenta una demanda o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Kentucky – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una demanda que contiene información considerablemente falsa u oculta información, con el propósito de desorientar, con respecto a cualquier hecho relevante, comete acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington – Es un delito brindar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de beneficios de seguro.

Maryland – Cualquier persona que a sabiendas o intencionadamente presenta una reclamación falsa o fraudulenta para la obtención de pago por pérdida o beneficio, o que a sabiendas o intencionadamente presenta información falsa en una solicitud para obtención de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

New Hampshire – Una persona que, con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una demanda que contiene información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a juicio y sanción por fraude de seguro, tal como se indica en RSA 638:20.

Nueva Jersey – Cualquier persona que a sabiendas presenta una demanda que contiene información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Oregón y Vermont – Cualquier persona que a sabiendas presenta una demanda falsa para obtención de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeta a sanciones bajo la ley estatal.

## Declaración del médico tratante para reclamo de incapacidad (continuación)

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Advertencia de fraude (continuación):

**Texas** – Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para la obtención de pago por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en la cárcel.

**Pensilvania y todos los demás estados** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u a otra persona presenta una solicitud para obtención de seguro o una demanda que contiene información considerablemente falsa u oculta información, con el propósito de engañar, con respecto a hechos relevantes comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva York** – Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u a otra persona presenta una solicitud o demanda que contiene información considerablemente falsa u oculta información, con el propósito de engañar, con relación a hechos relevantes comete un acto fraudulento de seguro, lo que constituye un delito y también estará sujeta a sanción civil no mayor a cinco mil dólares y al valor fijado de la reclamación por cada violación.

<b>Médico</b>	
Nombre _____	Título/Especialidad _____
Dirección de calle _____	Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____	No. de Fax _____ No. de Contribuyente de Impuestos _____
Persona para contacto, si se requiriera información adicional:	
Firma _____	Fecha _____

## SOLICITUD DE TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS DE FONDOS

Si se aprueba su reclamación, nos complace ofrecerle la seguridad y comodidad de tener su cheque de beneficios depositado electrónicamente en su cuenta bancaria. Depósito directo significa que ya no tendrá más demoras ni deberá hacer más viajes para cobrar su cheque.

- **¿Cómo funciona el depósito directo?**

Nuestro banco transferirá su pago de beneficios directamente a su cuenta bancaria. Recomendamos esta opción de pago porque es previsible, segura y cómoda.

- **¿Cómo me inscribo?**

Ingrese la información solicitada que aparece a continuación y envíenos este formulario a la dirección que figura arriba. Se le recomienda verificar sus números de cuenta y tránsito/enrutamiento con su banco para evitar demoras.

- **¿Cuándo pueden comenzar mis depósitos directos?**

Para permitir una organización adecuada, sus depósitos directos generalmente comenzarán en un plazo de 30 días después de nuestra notificación a su banco. Esto significa que es posible que usted todavía reciba cheques por correo después de que envíe su solicitud. Una vez que comience el depósito directo, sus fondos se depositarán en su cuenta bancaria y estarán disponibles para usted en un plazo de 4 a 5 días hábiles.

- **¿Qué sucede si tengo preguntas?**

Comuníquese con nuestro Centro de Respuesta al Cliente llamando al número que se brinda en su carta de reconocimiento. Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 11:00 p. m., hora del Este.

- **¿Qué sucede si cambio de banco?**

Simplemente comuníquese y le enviaremos un nuevo formulario de solicitud para que lo complete. Es posible que reciba un cheque impreso por correo por un pago mientras procesamos su solicitud.

- **¿Puedo cambiar de opinión?**

Sí. Puede comenzar o finalizar los depósitos directos en cualquier momento. Simplemente escríbanos e infórmenos.

Autorizo a MetLife a enviar mis pagos por incapacidad al banco designado a continuación para un depósito electrónico en mi cuenta. Entiendo que puedo finalizar este acuerdo en cualquier momento por escrito dirigiéndome a la dirección de MetLife que figura arriba.

Si por error se acredita en mi cuenta un pago en exceso de tales beneficios por incapacidad, autorizo e indico al banco a cargar mi cuenta y a reembolsar tal pago en exceso a Metropolitan.

Firma

Fecha:

**Complete lo siguiente:**

Nombre:	Número de reclamación:
Número del seguro social:	Nombre del patrono:
Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cuenta de cheque <input type="checkbox"/> Ahorros	Número de cuenta bancaria:
Nombre del banco:	Dirección del banco:
Número de enrutamiento del banco: <input type="text"/>	Teléfono del banco:

Los primeros 9 números de la izquierda en la parte inferior de su cheque son su número de enrutamiento del banco o adjunte un cheque anulado.