

**NORTHERN CALIFORNIS SOFT DRINK INDUSTRY Y FONDO DE SALUD
Y BIENESTAR SOCIAL TEAMSTERS**
4160 DUBLÍN BLVD., SUITE 100 ♦ DUBLÍN, CA 94568
(Teléfono) 855-690-7250 (Fax) 925-833-7301

PARTE A A COMPLETAR POR EL EMPLEADO

Masculino
 Femenino

Apellidos en letra de imprenta Nombre Segundo

Domicilio

Ciudad-Estado-Código postal Teléfono particular

Fecha de nacimiento # de Seguridad Social - o - # de ID del Plan

Nombre del Empleador (razón social)

Ocupación Número del Sindicato Local

Primera fecha en que no pudo trabajar Hora (am-pm) Teléfono del empleador

¿Esta discapacidad se debe a una causa o causas ocupacionales? No Sí

¿Se presentará dicha reclamación? No Sí

Acepto que todas las respuestas de esta sección son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma del Empleado Fecha de la Firma

DESCRIBA LA DISCAPACIDAD: _____

¿SU DISCAPACIDAD SE DEBE A UN ACCIDENTE?
(En caso afirmativo, rellene a continuación)

Fecha del Accidente: _____ Hora: _____

¿Dónde se produjo el accidente? _____

La continuación máxima de la cobertura es de 4 meses (para más detalles, consulte la página 13 del Resumen de la Descripción del Plan).

El médico tratante debe rellenar la información que figura a continuación. El paciente debe firmar la autorización para divulgar información en el reverso de este formulario.

AVISO: Es ilegal presentar una reclamación falsa o fraudulenta o ayudar a sabiendas a otra persona a presentarla. Puede ser multado o enviado a prisión por hacerlo. También se le puede exigir el pago de daños civiles.

PARTE B DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

1. Diagnóstico y afecciones concurrentes (Si se utiliza un código de diagnóstico distinto de ICDA*, indique el nombre.)					
2. ¿Se debe la enfermedad a una lesión o enfermedad derivada del trabajo del paciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
3. Fechas de los servicios prestados (si ha enviado el formulario anterior a esta compañía de seguro, sólo debe indicar las fechas desde el último informe).					
4. Fecha de aparición de los síntomas o del accidente.			5. Fecha en que el paciente le consultó por primera vez por esta enfermedad.		
6. ¿El paciente ha padecido alguna vez la misma enfermedad o una similar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, indique cuándo y describa).			7. ¿El paciente sigue bajo su cuidado por esta enfermedad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
8. El paciente estaba totalmente discapacitado de forma continuada (incapaz de trabajar) DESDE HASTA			9. El paciente estaba parcialmente discapacitado DESDE HASTA		
10. Si sigue discapacitado, fecha en la que el paciente debe poder volver al trabajo.			11. El paciente estaba confinado en casa DESDE HASTA		
12. Fechas de hospitalización ADMITIDO DADO DE ALTA			13. ¿Tiene el paciente otra cobertura sanitaria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (En caso afirmativo, identifíquelo)		
Fecha	Nombre del médico (en letra de imprenta)	Firma	Titulación	Teléfono	NIF No.
				()	
Dirección		Ciudad o pueblo		Estado	Código postal

* ICDA Clasificación Internacional de Enfermedades

**COBERTURA DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y/O
CONTINUACIÓN DEL PLAN DE SALUD EN CASO DE DISCAPACIDAD TOTAL**

PARTE C

A RELLENAR POR EL EMPLEADO

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
PRESTACIONES SANITARIAS COLECTIVAS**

AUTORIZO a cualquier médico, practicante de medicina, hospital, Hospital de Administración de Veteranos, clínica, otro centro médico o relacionado con la medicina, compañía de seguros, agencia de informes del consumidor, empleador o titular de póliza colectiva que tenga información disponible en cuanto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier afección física o mental y/o tratamiento de mi persona y cualquier otra información no médica de mi persona a proporcionar al Northern California Soft Drink Industry and Teamsters Health & Welfare Fund (en adelante denominado El Fondo) o a su representante legal, toda y cualquier información de este tipo.

ENTIENDO que la información obtenida mediante el uso de la Autorización será utilizada por el Fondo o su administrador autorizado de pago de reclamos para determinar la elegibilidad para recibir beneficios o servicios en virtud de una póliza. El Fondo no divulgará la información obtenida a ninguna persona u organización, SALVO a las compañías reaseguradoras, el titular de la póliza colectiva, el titular del contrato u otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi reclamo, o según lo exija la ley o yo lo autorice.

SÉ que puedo solicitar recibir una copia de la Autorización.

ACEPTO que una copia fotográfica de esta Autorización tendrá la misma validez que el original.

ACEPTO que esta Autorización será válida durante dos años y medio a partir de la fecha indicada a continuación.

Firma del Asegurado

X _____

Fecha _____

IMPORTANTE

**LA OFICINA ADMINISTRATIVA NO FACILITA ESTA INFORMACIÓN A
SU EMPRESARIO. ES RESPONSABILIDAD SUYA FACILITAR A SU
EMPRESARIO LA DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE SU DISCAPACIDAD.**