



PROVIDENT AMERICAN
I N S U R A N C E

LESION ACCIDENTAL-DECLARACION DE INCAPACIDAD DEL EMPLEADOR

La falta de no llenar esta forma completa puede retrasar el proceso del reclamo.

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ **NUMERO DE POLIZA:** _____

DECLARACION DE INCAPACIDAD POR EL EMPLEADOR: Porfavor de dar a su empleador a llenar si es un reclamo de incapacidad.

NOMBRE DEL EMPLEADOR		NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE FAX	
DOMICILIO	CUIDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	

1. Fecha de alquiler: _____
2. ¿Cual fue la primer fecha en que el empleado no pudo hacer su trabajo normal? _____
3. Fecha de regreso (o anticipacion de regreso a tiempo completo) _____
4. ¿Esta la persona empleada? Si No Si no, de la fecha del ultimo empleo: _____
5. Antes de esta incapacidad, numero de horas trabajadas por semana: _____ Promedio sueldo mensual (Antes de incapacidad): \$ _____
6. ¿Ha regresado el empleado al trabajo? Si No Esta el empleado trabajando:
 Tiempo completo Medio tiempo Trabajo lijero
7. Fecha en que el empleado empezo el trabajo lijero: _____

FIRMA AUTHORIZADA	IMPRIMA NOMBRE	TITULO	FECHA
-------------------	----------------	--------	-------

Cualquier persona que intencionadamente de falso o que reclame pago fraudulento de perdida, sera sujeto a castigo criminal o civil.

ENVIE A
PROVIDENT AMERICAN INSURANCE COMPANY
10501 NORTH CENTRAL EXPRESSWAY, SUITE 200
Dallas, TX 75231
PHONE: 800.933.9456 OR 214.696.9091 FAX: 214.237.8664