



PROVIDENT AMERICAN

I N S U R A N C E

INFORME DEL APLAZAMIENTO DE INCAPACIDAD DEL DUEÑO DE LA PÓLIZA

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

Documento de reclamación para: Aplazamiento de incapacidad debido a un accidente aplazamiento de incapacidad debido a una enfermedad

INSTRUCCIONES:

- Llene la información del Asegurado
- Su Medico debe llenar y firmar la “**Declaración Adicional Facultativo**”
- Su Empleador debe llenar y firmar “**Declaración Adicional de Incapacidad del Empleador**”

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

APELLIDO	NOMBRE		INICIAL MEDIADO
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

ESCOJA ESTE SI ES UN NUEVO DOMICILIO PERMANENTE

SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE POLIZA
---------------	---------------------	--------------------	------------------

De las fechas en que el medico lo consulto desde su ultimo informe: _____
 ¿Cuales son sus actividades y como pasa ud el tiempo? _____

Describa cualquier cambio en su condición: _____
 ¿Ha vuelto hacer cualquier función de su trabajo normal? Si NO Fecha que regreso a trabajar _____

FIRMA DEL DEMANDANTE	FECHA
----------------------	-------

DECLARACION ADICIONAL FACULTATIVO- Debe ser llenada por el medico o su facultad

NOMBRE DEL MEDICO	NUMERO DE TELÉFONO	NUMERO DE FAX	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

NOMBRE DEL PACIENTE	NUMERO DE PÓLIZA
---------------------	------------------

Código del Diagnostico (ICD-9-CM): _____
 Dé las fechas de los tratamientos(desde su ultimo informe) Oficina: _____ Examen del Diagnostico: _____ Hospital: _____
 Describa cualquier otra enfermedad que le afectan en su condición presente: _____

¿Puede el paciente funcionar en su trabajo normal? SI NO De ser a si, el paciente puede regresar a trabajar:
 Tiempo Parcial Tiempo completo
 ¿De ser así, que fecha espera que el paciente regrese a trabajar? _____
 ¿Cuáles funciones puede el paciente llevar acabo? _____
 ¿De ser no, que fecha espera que el paciente regrese a trabajar? _____

FIRMA DEL MEDICO	IMPRIMA EL NOMBRE DEL MEDICO	FECHA
------------------	------------------------------	-------

DECLARACIÓN ADICIONAL DE INCAPACIDAD DEL EMPLEADOR- Debe ser llenada por su empleador

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NUMERO DE TELÉFONO	NUMERO DE FAX	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Fecha de alquiler: _____ Primera fecha de incapacidad total: _____
 ¿Esta la persona trabajando? SI NO De ser no, de la fecha del último empleo: _____
 ¿Cuales son las funciones, o titulo, o posición de este empleado? _____
 ¿Es un caso de compensación del trabajador? SI NO Dé ser así, de la fecha en que le empezaron los beneficios de compensación _____

Nombre y numero de teléfono de Compañía de la Compensación del Trabajador _____

Yo declaro que _____ no pvede hacer la o las funciones normales que están en su cargo desde _____ hasta _____.

FIRMA AUTORIZADA	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