



|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**4 Médico de atención primaria**

|                              |                      |                      |
|------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre del médico            | IM                   | Apellido del médico  |
| <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Número de teléfono principal | Número de fax        |                      |
| <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dirección del consultorio    | Suite                |                      |
| <input type="text"/>         | <input type="text"/> |                      |
| Ciudad                       | Estado               | Código postal        |
| <input type="text"/>         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Especialidad                 |                      |                      |
| <input type="text"/>         |                      |                      |

**5 Información del empleado**
**Todos los otros médicos a los que ha consultado por esta afección** (adjunte una hoja adicional, si es necesario)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Nombre del médico    | Apellido del médico  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Especialidad         | Teléfono             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre del médico    | Apellido del médico  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Especialidad         | Número de teléfono   |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre del médico    | Apellido del médico  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Especialidad         | Teléfono             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿Qué afección médica le impide trabajar?

¿Cómo interfiere esta afección con su capacidad de desempeñar su trabajo?

 ¿Alguna vez fue hospitalizado por esta afección?  Sí  No  Internado  Ambulatorio

Si fue hospitalizado, indique las fechas (MM DD AAAA)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Desde                | Hasta                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Si está embarazada:

|                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| Fecha estimada de parto (MM DD AAAA) | Fecha de parto real (MM DD AAAA) |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/>             |

|  |                      |
|--|----------------------|
| Nombre de su compañía de seguro de salud | Teléfono             |
| <input type="text"/>                     | <input type="text"/> |

Fechas de cobertura



|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

## 6 Información sobre otros ingresos y compensación a los trabajadores

¿Qué otro ingreso tiene derecho a recibir debido a su incapacidad? Complete el cuadro que sigue. Ejemplos de otros tipos de ingresos incluyen los siguientes, entre otros: beneficios individuales por incapacidad, licencia familiar paga, pagos de responsabilidad de terceros, beneficios de desempleo, cualquier otro ingreso.

**Envíe copias de todas las cartas o avisos en los que se aprueban o rechazan beneficios. Responda "Sí" o "No" a cada fuente de ingresos enumerada a continuación.**

| Source                                  | Monto solicitado         |                          | Frecuencia           |                      | Fecha inicio del beneficio       |                                  |                      | Fecha finalización del beneficio |                      |                      |                      |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|   | Sí                       | No                       |                      |                      |                                  |                                  |                      |                                  |                      |                      |                      |
| Cont. del salario/pago por enfermedad   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Benef. estatal por incapacidad          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Seguro Social                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Compensación a los trabajadores         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Responsabilidad civil de vehículos      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Incapacidad pagada por otra aseguradora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pensión/Jubilación                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Otro ingreso                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="text"/> | <input type="text"/>             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿Ha recibido o está solicitando un pago global de cualquiera de las fuentes mencionadas?  Sí  No

Si es así, indique nombre, dirección y teléfono de las partes involucradas (es decir, compensación a los trabajadores o aseguradora del vehículo, administrador o abogado del plan de pensión)

¿Está trabajando en algo en este momento?  Sí  No Si es así, explique \_\_\_\_\_

Su incapacidad es resultado de (marque todo lo que corresponda):

Enfermedad  Maternidad  Accidente en vehículo motorizado (MVA)  Otro accidente  Resbaló/tropezó/cayó  Lesión/enfermedad laboral

## 7 Preferencias para recibir correspondencia

El sitio web de Prudential es una forma rápida y segura de revisar el estado de su reclamación y ver/imprimir toda la correspondencia relacionada con la reclamación.

Tiene la opción de ver su correspondencia en forma electrónica. Si selecciona "Sí" a continuación, recibirá un correo electrónico de Prudential con la instrucción de iniciar sesión en nuestro sitio web y aceptar la autorización de divulgación en la web. Una vez que se inscribe en E-Delivery (envío electrónico), la correspondencia relacionada con la reclamación solo estará disponible en nuestro sitio web y ya no se le enviará correspondencia en papel. Se le notificará por correo electrónico cuando haya disponible correspondencia nueva. Puede cambiar sus preferencias en nuestro sitio web en cualquier momento.

- Sí, prefiero recibir mi correspondencia por vía electrónica. Entiendo que toda la correspondencia futura relacionada con esta reclamación se enviará al sitio web de Prudential y ya no se me enviará en papel.
- No, prefiero que me envíen la correspondencia por correo postal.





|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**9** **Aviso sobre fraude**

**ARESIDENTES DE FLORIDA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.

**RESIDENTES DE NUEVA YORK:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro lo que constituye un delito, y también será sometida a sanciones civiles sin exceder el monto de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación de cada una de estas infracciones.

**He leído y entiendo los términos y requisitos de las advertencias sobre fraude incluidas como parte de este formulario. Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas.**

Firma del reclamante 

Fecha (MM DD AAAA)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Para los residentes de todos los estados y jurisdicciones, excepto Alabama, Arizona, Arkansas, California, Carolina del Norte, el Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, New Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Utah, Vermont, Virginia y Washington;**

**ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de damnificar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que está facilitando la perpetración de un fraude, proporcione información o datos incompletos, falsos, fraudulentos, falaces o engañosos cuando presente una solicitud de seguro o una reclamación de pago por una pérdida o beneficio, comete un acto fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y se la puede procesar y castigar conforme a la ley del estado. Las penas pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello.

**RESIDENTES DE ALABAMA:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas compensatorias o encarcelamiento o una combinación de la dos.

**RESIDENTES DE ARIZONA:** Para su protección, las leyes de Arizona exigen que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida falsa o fraudulenta está sujeta a sanciones penales y civiles.

**RESIDENTES DE ARKANSAS, DEL DISTRITO DE COLUMBIA, LUISIANA y RHODE ISLAND:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**RESIDENTES DE CALIFORNIA:** Para su protección, las leyes de California exigen que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida falsa o fraudulenta es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

**RESIDENTES DE KENTUCKY:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito.

**RESIDENTES DE MAINE y WASHINGTON:** Cualquier persona que, a sabiendas, proporcione información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla comete un delito. Las penas incluyen encarcelamiento, multas o que le nieguen los beneficios del seguro.



**RESIDENTES DE MARYLAND:** Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito penal y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

**RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE:** Cualquier persona que, con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeto a acciones judiciales y castigos por fraude con seguros, tal como lo establece la RSA 638:20.

**RESIDENTES DE NUEVA JERSEY:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE:** Cualquier persona que, con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros o a un reclamante del seguro, sabe que la declaración que presenta contiene información falsa sobre un hecho o asunto que tenga relación material con la reclamación, puede ser culpable de un delito grave de clase H.

**RESIDENTES DE PENSILVANIA y UTAH:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito, y causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

**RESIDENTES DE PUERTO RICO:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o cause la presentación de una reclamación fraudulenta de pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, además del encarcelamiento, será sancionada por cada infracción con una multa no menor a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) y no mayor a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000) o con un período fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. Si hubiera circunstancias agravantes, la pena establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años y, si hubiera circunstancias atenuantes, se podrá reducir a un mínimo de dos (2) años.

**RESIDENTES DE VERMONT:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida falsa o fraudulenta o haga, a sabiendas, declaraciones falsas en una solicitud de seguro, puede ser culpable de un delito penal conforme a las leyes del estado.

**RESIDENTES DE VIRGINIA:** Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa a una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede haber violado la ley estatal.

© 2019 Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.

Las futuras comunicaciones escritas de The Prudential Insurance Company of America, incluidos los acuerdos contractuales y la información sobre mantenimiento de pólizas, serán en inglés. Los materiales adicionales también pueden estar en inglés.

