

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

RECLAMO POR INCAPACIDAD - SUPLEMENTARIO

Este formulario DEBE completarse el o alrededor del: _____

PARTE A: PARA SER COMPLETADO POR EL PARTICIPANTE

<p>1. Información personal</p> <p>Su nombre: _____</p> <p>Número de Seguro Social _____</p> <p>O</p> <p>Número de identificación alterno: 825 _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Dirección: _____</p>	<p>2. Autorización para divulgar información:</p> <p>Por la presente autorizo al infrascrito médico a divulgar cualquier información adquirida durante mi examen o tratamiento médico. También hago una reclamación de beneficios y certifico que la información declarada en la Parte A es verdadera y completa a mi leal saber y entender.</p>
	<p>Firma del asegurado _____</p> <p>Fecha _____</p>

PARTE B: ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

1. Diagnosis and concurrent conditions:	
<p>2. Frequency of visits:</p> <p><input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other:</p>	<p>3. Is patient totally disabled from any occupation?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Date patient became totally disabled:</p>
<p>4. Is patient totally disabled from his/her regular occupation?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Date patient became totally disabled:</p>	<p>5. On what date will the patient be able to resume normal activities and return to work?</p>
<p>6. Attending Physician's Information:</p> <p>Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Phone: _____</p> <p>Signature: _____</p>	<p>7. Remarks:</p> <p>Date: _____</p>

To be completed and signed by the Employer to sign off on last day of work.

Employer Signature _____ Date of Last Day of Work _____ Date Returned to Work _____