



P.O. Box 6927
 Columbia, SC 29260
 Telephone: 803-462-0151 / 1-800-768-4375
 Fax: 803-870-8012

FORMA DE DEMANDA PARA BENEFICIOS DE GRUPO MEDICO/INVALIDEZ PARA UN PERIODO CORTO

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

DEMANDA NUEVA _____ DEMANDA DE CONTINUACION _____

El demandante tiene que completar y firmar la forma. Aseguerese de contestar todas las preguntas. Si la pregunta no se aplica a su demanda marca "N/A."

Para las demandas de desembolso. Usted tiene que adjuntar los gastos incluyendo la fecha, el tipo, el lugar de servicio, la cuenta y la firma del proveedor o el representante.

NOMBRE DEL EMPLEADO _____ PATRON _____ # DEL GRUPO _____ (mire su tarjeta)

DIRECCION _____ # DE SEGURO SOCIAL _____

HOMBRE _____ MUJER _____ CASADO(A) _____ SOLTERO(A) _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ACTIVO _____ JUBILADO(A) _____ ULTIMO DIA QUE TRABAJO _____ DEMANDA SUYA _____ DEPENDIENTE _____
(marque uno)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ RELACION _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

SI ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO, LISTE EL NOMBRE DE LA ESCUELA _____ SALARIO ANUAL _____

HA SIDO TRATADO POR ESTA CONDICION EN EL PASADO? SI _____ NO _____ PRIMERA VEZ QUE SE ATENDIO _____

ULTIMA VEZ QUE SE ATENDIO _____ NOMBRE Y DIRECCION DEL DOCTOR _____

CONDICION _____ ENFERMEDAD _____ LESION/GOIPE _____ (marque uno)

SI ES UN ACCIDENTE, DESCRIBA COMO SUCEDIO _____

EN EL TRABAJO _____ DOMICILIO _____ AUTOMOBILE _____ OTRO _____ FECHA _____

SI ES UN ACCIDENTE DE AUTOMOBILE, ADJUNTE EL REPORTE DE TRAFICO Y LISTE ABAJO EL NOMBRE DE LA PARTE RESPONSIBLE POR EL ACCIDENTE CON EL NOMBRE Y LA DIRECCION DEL SEGURO DEL CARRO _____

SI ESTO ES UNA DEMANDA DE INVALIDEZ POR UN PERIODO CORTO, HAGA QUE SU PATRON COMPLETE Y FIRME LA AFIRMACION.

ULTIMO DIA QUE TRABAJO COMPLETO _____ DIA QUE REGRESO A TIEMPO COMPLETO _____

FIRMA _____ FECHA/POSICION _____

HAGA QUE SU DOCTOR FIRME ESTA AFIRMACION:

YO CERTIFICO QUE EL DEMANDANTE ARRIBA MENCIONADO(A) ESTA TOTALMENTE MINUSVALIDO DESDE _____ HASTA _____ Y LOGRO REGRESAR AL TRABAJO A TIEMPO COMPLETO EL _____. CONDICIONES/DIAGNOSTICO _____

FIRMA _____ FECHA _____

USTED O SU DEPENDIENTE(S) ESTAN ELEGIBLES PARA BENEFICIOS CON ALGUN GRUPO DE SEGURO, MEDICARE, O CON ALGUN OTRO PLAN DE COBERTURA? SI _____ NO _____. SI ES SI, LISTE LA INFORMACION DE LA POLIZA ABAJO.

NOMBRE Y DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGURO

NUMERO DE POLIZA

YO CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE LA PRECEDENTE AFIRMACION, INCLUYENDO AFIRMACIONES ACOMPAÑADAS, ES LA VERDAD COMPLETA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. YO POR LA PRESENTE AUTORIZO A CUALQUIER DOCTOR, HOSPITAL, O ORGANIZACION LA LIBERTAD DE DAR INFORMACION A PLANNED ADMINISTRATORS, INC. LA COPIA DE LA AUTORIZACION SERA VALIDA COMO LA ORIGINAL.

FIRMA _____ FECHA _____