

--	--	--	--	--	--	--	--

4
Médico de atención primaria (requerido)

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 médica
Todos los otros médicos a los que ha consultado por esta condición (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	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 condición médica le impide trabajar y por qué?

¿Cómo interfiere esta condición 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

Si está embarazada:

Fecha probable de parto (MM DD AAAA)

Fecha de parto real (MM DD AAAA)

Nombre de su compañía de seguro de salud

Teléfono

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.

Fuente	Solicitado Sí No	Monto	Frecuencia	Fecha de inicio del beneficio	Fecha de finalización del beneficio
Continuación del salario/Pago por enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	□□□□□□.□□	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	□□ □□ □□□□□□	□□ □□ □□□□□□
Beneficios estatales por incapacidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	□□□□□□.□□	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	□□ □□ □□□□□□	□□ □□ □□□□□□
Seguro Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	□□□□□□.□□	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	□□ □□ □□□□□□	□□ □□ □□□□□□
Compensación a los trabajadores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	□□□□□□.□□	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	□□ □□ □□□□□□	□□ □□ □□□□□□
Responsabilidad civil de vehículos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	□□□□□□.□□	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	□□ □□ □□□□□□	□□ □□ □□□□□□
Incapacidad pagada por otra aseguradora	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	□□□□□□.□□	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	□□ □□ □□□□□□	□□ □□ □□□□□□
Pensión/Jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	□□□□□□.□□	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	□□ □□ □□□□□□	□□ □□ □□□□□□
Otros ingresos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	□□□□□□.□□	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	□□ □□ □□□□□□	□□ □□ □□□□□□

¿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 Enfermedad Maternidad MVA Otro accidente Resbalón/tropiezo/caída Lesión/enfermedad laboral (marque todo lo que corresponda):

7 ¡No use más papel!

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. ¡También significa menos papel en su buzón!

Le recomendamos que deje de usar papel, ya que es bueno para su buzón y también para el medio ambiente. Al hacerlo, podrá ver fácilmente sus documentos en la web y dejará de recibir correo impreso. Se le notificará por correo electrónico cuando tenga nuevos documentos disponibles. Puede cambiar de parecer en cualquier momento desde la web. Elija su preferencia a continuación:

- Sí, envíeme el enlace de correo electrónico para dejar de utilizar papel.**
 Como alternativa, también puede entrar por su cuenta en www.prudential.com/mybenefits. Después de registrarse, inicie sesión en su cuenta, vaya a "Mi Perfil", deslice hacia abajo hasta la Sección de consentimiento de envío electrónico y seleccione "Acepto" y marque la casilla para no utilizar papel.
- No, prefiero que me envíen la correspondencia por correo postal.



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8 Número de identificación tributaria y certificación

Prudential requiere su número de identificación tributaria. El número de identificación tributaria es el número del Seguro Social o el número de identificación del empleador. Si usted:

- es una persona, su número de identificación tributaria es su número del Seguro Social.
- representa a un fideicomiso o herencia, el número de identificación tributaria es el número de identificación del empleador.
- representa a un menor, indique el número del Seguro Social del menor.
- está solicitando un número de identificación tributaria, escriba "solicitado" en el espacio provisto.

CERTIFICACIÓN DEL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA/FORMULARIO W-9:
Bajo pena de falso testimonio, certifico que el número que aparece en este formulario es mi número de identificación tributaria (número del Seguro Social) correcto. Certifico además que el estado de ciudadanía/residencia mencionado en este formulario es correcto. No estoy sujeto a la retención retroactiva porque (a) no fui notificado por el Servicio de Recaudación de Impuestos (IRS) que estoy sujeto a la retención retroactiva, (b) el IRS me informó que ya no estoy sujeto a una orden de retención retroactiva, o (c) estoy exento de la retención retroactiva. Estoy exento de informes de la FATCA.

Número del Seguro Social o número de identificación tributaria del beneficiario

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Marque todas las casillas que correspondan.

- He sido notificado por el Servicio de Recaudación de Impuestos que estoy sujeto a retención retroactiva debido a la falta de información de intereses o dividendos.
- Estoy sujeto a informes de la FATCA.
- Si no es estadounidense (incluidos los extranjeros residentes), envíe el formulario W-8 (BEN, BEN-E, ECI, EXP o IMY) correspondiente.

Fecha de la firma (MM DD AAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

X _____
Firma



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9
**Aviso
sobre
fraude**

RESIDENTES 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 o a 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 estará sujeta a sanciones civiles que no excederán el monto de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.

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

X

Fecha (MM DD AAAA)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Para los residentes de todos los estados y jurisdicciones excepto Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Delaware, el Distrito de Columbia, Florida, Idaho, Indiana, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Carolina del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Virginia Occidental; ADVERTENCIA:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que él o ella 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 las dos.

RESIDENTES DE ALASKA: Una persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser procesada conforme a la ley del estado.

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 por una pérdida falsa o fraudulenta, está sujeta a sanciones penales y civiles.

RESIDENTES DE ARKANSAS, EL DISTRITO DE COLUMBIA, LUISIANA, MASSACHUSETTS, RHODE ISLAND y VIRGINIA OCCIDENTAL: 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 y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

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

RESIDENTES DE COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, que le nieguen el seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o al reclamante en relación con la liquidación o compensación pagadera por los beneficios del seguro, será denunciada a la división de seguros del departamento de agencias reguladoras de Colorado.

RESIDENTES DE DELAWARE: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.



RESIDENTES DE IDAHO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

RESIDENTES DE INDIANA: Una persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una aseguradora presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.

RESIDENTES DE KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro 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, TENNESSEE, VIRGINIA Y WASHINGTON: Es un delito presentar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. 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 MINNESOTA: Una persona que presente una reclamación con la intención de estafar o que ayude a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

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 sujeta a acciones judiciales y castigos por fraude con seguros, tal como lo establece la RSA 638:20.

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY: Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO POR UNA PÉRDIDA O BENEFICIO FALSA O FRAUDULENTO O QUE, A SABIENDAS, PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

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 OHIO: Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude con seguros.

RESIDENTES DE OKLAHOMA — ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación de beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

RESIDENTES DE OREGON: Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa contra una compañía de seguros, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude con seguros.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA 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.

