



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. Asegúrese 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.

PARTE A: DECLARACIÓN DE LOS EMPLEADOS

Nombre del Empleado:		Empleador:		# del Grupo: (ver su tarjeta de identificación)
Dirección del Empleado:			UMID #: (en frente de la tarjeta de identificación de PAI)	
Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(s) <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento:				
Activo <input type="checkbox"/>	Jubilado(a) <input type="checkbox"/>	Ultimo Día Que Trabajo:	Demanda: (marque uno) Suya <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	
Nombre Del Paciente:		Relación:		Fecha de Nacimiento:
Si es un estudiante ee tiempo completo, liste el nombre de la escuela:				Salario Anual:
Ha sido tratado por esta condición en el pasado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Primera Vez Que Se Atendió:		Ultima Vez Que Se Atendió:	
Nombre Y Dirección Del Doctor:				
Condición:			Marque uno: Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión/Golpe <input type="checkbox"/>	
Si es un accidente, describa como sucedió:				
Donde ocurrió el accidente? (Marque uno.) En El Trabajo <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Automobilo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Fecha:	
Si es un accidente de automobilo, adjunte el reporte de tráfico y liste abajo el nombre de la parte responsable por el accidente con el nombre y la dirección del seguro del carro.				
Usted o su dependiente(s) están elegibles para beneficios con algún grupo de seguro, medicare, o con algún otro plan de covertura? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Si es si, liste la información de la póliza abajo.				
Nombre Y Dirección De La Compañía De Seguro			Numero De Póliza	
_____			_____	
_____			_____	
Yo certifico por la presente que la precedente afirmación, incluyendo afirmaciones acompañadas, es la verdad completa a lo mejor de mi conocimiento. Yo por la presente autorizo a cualquier doctor, hospital, o organización la libertad de dar información a Planned Administrators, Inc. La copia de la autorización sera valida como la original.				
Firma del Empleado:			Fecha:	

PARTE B: PARTE B: DECLARACIÓN DE EMPLEADOR (Si esto es una demanda de invalidez por un periodo corto, haga que su patron complete y firme la afirmación.)

Ultimo día que trabajo completo: _____	Día que regreso a tiempo completo: _____
Empleador del representante autorizado: _____	Título: _____ Fecha de la firma: _____

PARTE C: PARTE C: DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Haga que su doctor firme esta afirmación.)

Yo certifico que el demandante arriba mencionado(a) esta totalmente minusválido desde _____ hasta _____ y logro regresar al trabajo a tiempo completo el _____.				
Condiciones/Diagnostico: _____				
Fecha	Nombre del médico (imprimir)			Firma
_____	_____	_____	_____	_____
Dirección	Ciudad	Estado	Código Posta	Número Telefónico