



Mutual of Omaha Insurance Company
United of Omaha Life Insurance Company
Gestión de reclamos por seguros grupales

Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001
Número de atención al cliente (800) 877-5176
Fax (402) 997-1865

Informe complementario de discapacidad — Prueba de pérdida

No. de reclamo _____

Este formulario debe ser completado sin costo alguno para la compañía y entregado en fecha: (MM/DD/YYYY) _____

Para que complete el empleado asegurado (para evitar demoras, por favor responda todas las preguntas)

Nombre completo	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Domicilio: Calle y número	Ciudad	Estado	Código postal

Punto de contacto alternativo

Nombre _____ Teléfono _____ Relación con el asegurado _____

¿Actualmente concurre a trabajar? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cuándo comenzó? _____ ¿Cuántas horas trabaja por semana? _____

Si actualmente concurre a trabajar, complete el nombre y número telefónico de su empleador: _____

Si actualmente no está concurriendo a trabajar, ¿le interesaría obtener asistencia de readaptación profesional? ☐ Sí ☐ No

Si actualmente no está concurriendo a trabajar, ¿cree que podrá volver? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cuándo estima volver a trabajar? _____

Detalle las actividades que realizó diariamente desde el último informe: _____

Detalle cualquier cambio en su afección: _____

¿Cuándo recibió tratamiento médico por última vez? _____ Si le hicieron radiologías, análisis o recibió algún tipo de tratamiento o diagnóstico que no nos haya informado previamente, por favor indíquenos los nombres y direcciones de los centros de salud donde lo atendieron y las fechas en que asistió: _____

A continuación, haga una lista de todos los médicos y hospitales a los que acudió por esta afección.

Nombre del médico/Hospital	Especialidad del médico	Teléfono () Fax ()
Dirección del consultorio/dirección del hospital	Fecha(s) en que lo atendió dicho médico De _____ Para _____	
Nombre del médico/Hospital	Especialidad del médico	Teléfono () Fax ()
Dirección del consultorio/dirección del hospital	Fecha(s) en que lo atendió dicho médico De _____ Para _____	

Fuente de ingresos - Actualmente percibe, aplicó para que le sea otorgado o es elegible para recibir un beneficio de ingresos de:

	Monto	Semanal/Mensual	Fecha de inicio del reclamo	Fecha en que empezó a percibir el monto	Fecha en que dejó de percibir el monto
Jubilación de la seguridad social	_____	Monthly	_____	_____	_____
Beneficio por incapacidad del seguro social	_____	Monthly	_____	_____	_____
Plan de pensión canadiense	_____	Monthly	_____	_____	_____
Indemnización por accidente de trabajo	_____	Monthly	_____	_____	_____
Seguro estatal por discapacidad	_____	Monthly	_____	_____	_____
Pensión por jubilación	_____	Monthly	_____	_____	_____
Pensión por discapacidad	_____	Monthly	_____	_____	_____
Pensión por discapacidad a corto plazo	_____	Monthly	_____	_____	_____
Seguro de desempleo	_____	Monthly	_____	_____	_____
Seguro contra todo riesgo	_____	Monthly	_____	_____	_____
Otros (incluye beneficios individuales o grupales)	_____	Monthly	_____	_____	_____

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

Las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi saber y entender.

X _____
Firma del empleado

Fecha

Información general

Nombre del paciente

¿Actualmente recomienda que el paciente no trabaje? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿en qué fecha?

Fecha del tratamiento

(a) Fecha de la última visita médica: _____ (b) Frecuencia con la que se realiza el tratamiento: ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Otra (especificar) _____

Diagnóstico primario. Incluir código ICD 10 o DSM-5

Conclusiones

¿El paciente sufre afecciones secundarias que empeoren la discapacidad? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿cuáles? (Especifique código ICD 10 o DSM-5.)

Por favor indique otros tipos de tratamiento que haya recibido el paciente (cirugía, análisis de laboratorio, estudios radiológicos, medicamentos).

¿El paciente ha sido derivado a rehabilitación médica o a un programa de terapia? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, especifique.

¿Ha derivado al paciente a otros tipos de consultas? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, especifique.

¿El paciente ha estado internado? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, complete con los siguientes datos:

Nombre del hospital

Dirección

Fechas entre las que permaneció internado

¿El paciente alcanzó la mejoría médica máxima? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es no, complete con los siguientes datos:
¿En cuánto tiempo estima que habrá un cambio trascendental en la condición médica del paciente? ☐ 1 - 2 meses ☐ 3 - 4 meses ☐ 5 - 6 meses ☐ más de 6 meses

¿Cuál es su pronóstico médico respecto de la recuperación del paciente? _____
¿Cuándo estima que el paciente podrá volver a trabajar? _____

En una jornada laboral de ocho horas, el paciente puede realizar las siguientes actividades: (Marque con una X cuánto tiempo puede dedicarle el paciente a cada actividad)

Actividad	Nunca	Poco (entre 0 y 2,6 horas)	Intermedio (entre 2,7 y 6,5 horas)	Mucho (entre 6,6 y 8 horas)
☐ Permanecer de pie				
☐ Caminar				
☐ Sentarse				
☐ Hacer equilibrio				
☐ Agacharse				
☐ Arrodillarse				
☐ Permanecer en cuclillas				
☐ Arrastrarse				
☐ Extenderse/Trabajar por encima del nivel de su cabeza				
☐ Subir escaleras				
☐ Subir escalerillas				
☐ Tirar/Empujar				
☐ Levantar/Trasladar				

El paciente puede levantar/trasladar: ☐ 0-10 lb ☐ 10-20 lb ☐ 20-50 lb ☐ 50-100 lb ☐ Sin restricción ☐ Otro (especifique) _____

¿El paciente tiene restricciones o limitaciones psicológicas? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, especifique en el siguiente renglón.

¿Le daría el alta al paciente para que empiece la readaptación profesional? ☐ Sí ☐ No

Su nombre

Título

Especialidad

Teléfono ()

Fax ()

Dirección

X _____
Firma del médico tratante (sin sello)

Fecha

Advertencias de fraude

Revise la advertencia de fraude específica para su lugar de residencia antes de firmar el formulario o solicitud adjunta.

Todos los demás estados: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Alabama: Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y quedará sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de estos.

Arkansas/Maine/Ohio/Tennessee: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

California: Para su protección, el derecho de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar una reclamación por el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una empresa de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha empresa. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier empresa de seguros o agente de una empresa de seguros que deliberadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: Es delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si un solicitante proporciona información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

Kansas: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles determinadas por un tribunal de justicia.

Kentucky: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito.

Louisiana: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Maryland: Cualquier persona que deliberada o conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Massachusetts/Vermont: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva Jersey: Cualquier persona que deliberadamente incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nuevo México: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un crimen y quedará sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Nueva York: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

Carolina del Norte/Oregón: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que proporcione información oral o escrita, u ofrezca cualquier testimonio sobre acciones ilegales o inadecuadas que debido a su naturaleza constituyan acciones fraudulentas para las empresas aseguradoras, a sabiendas de que los datos son falsos, estará cometiendo un delito grave y, tras la condena, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5000) y no más de diez mil dólares (\$10 000) por cada infracción, o una pena fija de prisión por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

Washington: Es delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una empresa de seguros con el fin de defraudar a dicha empresa. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.