## Fondo de salud y bienestar para empleadores y empleados de hoteles de la Gran Área Metropolitana

SOLICITUD POR INCAPACIDAD -SUPLEMENTARIA

Número de póliza: 76-580060

Este formulario DEBE completarse en o sobre:

PARTE A: PARA QUE COMPLETE EL PACIENTE (ASEGURADO)

2. Autorización para divulgar información:

Por la presente, autorizo al médico abajo firmante a divulgar cualquier

| N.º de Seguro Social:  Fecha de nacimiento:  | los beneficios y certifico que las declaraciones de la Parte A son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. |
|--|---|
| Dirección:   | Firma del Asegurado Fecha   |
| 3. Indique último día trabajado debido a incapacidad: /  | 4. En qué fecha pudo o podrá realizar trabajo a tiempo completo:   /  |
| Mes Día Año  | Mes Día Año   |
| 5. Si se lesionó, ¿cómo y dónde ocurrió el accidente?  | 6. ¿Se produjeron lesiones durante el empleo? ☐ Sí ☐ No   |
|  | <b>□</b> 31 □ N0  |
| 7. ¿Ha presentado o tiene la intención de presentar este reclamo como solicitud de compensación laboral? | 8. ¿Desempeña actualmente alguna profesión o actividad a cambio de un salario, beneficio o remuneración?              |
| □ Sí □ No  | □ Sí □ No   |
| PARTE B: DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE   |   |
| 9. Diagnóstico y afecciones concurrentes:  |   |
| 10. Frecuencia de las visitas:   | 11. ¿Está el paciente totalmente incapacitado para cualquier ocupación?   |
| □ Semanal □ Mensual □ Otra:  | □ Sí □ No   |
|  | Fecha en que el paciente quedó totalmente incapacitado:/  |
| <b>12.</b> ¿Está el paciente totalmente incapacitado para su ocupación habitual?                         | <b>13.</b> ¿En qué fecha podrá el paciente reanudar sus actividades normales y reincorporarse al trabajo?             |
| □ Sí □ No  | Temodiporarse ai trabajo:   |
| Fecha en que el paciente quedó totalmente incapacitado: / / Día Mes Año                                  |   |
| 14. Información del médico tratante:   | 15. Observaciones:  |
| Nombre del médico:   |   |
| Firma del médico:  |   |
| Título:Fecha:  |   |
| Dirección:   |   |
|  |   |

Devolver los formularios cumplimentados a:

1. Información general

Su nombre: \_