



# FORMULARIO DE RECLAMO POR INCAPACIDAD

Lincoln Life  
Assurance Company  
of Boston

MARQUE  
BENEFICIOS  STD  
APLICADOS PARA:  LTD

P.O. Box 7209  
London, KY 40742-7209  
N.º de teléfono: 1-800-838-4461  
N.º de fax: 1-877-664-7264

**A COMPLETAR POR EL EMPLEADO**  
(COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS QUE CORRESPONDAN)

Nombre del empleado		Número de Seguro Social del empleado				
Dirección		Ciudad	Estado Código postal			
N.º de teléfono particular ( )	N.º de teléfono laboral ( )	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento			
Nombre del empleado	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	Nombre del cónyuge	Fecha de nacimiento del cónyuge			
Enumere los nombres y fechas de nacimiento de los hijos solteros que no han finalizado la escuela secundaria (menores de 19 años)			N.º de dependientes			
Tratado por: (Incluya todos los médicos tratantes; use hojas adicionales si es necesario)						
HOSPITAL						
Nombre		Dirección Ciudad/Estado/Código postal				
MÉDICO						
Nombre		Dirección Ciudad/Estado/Código postal				
N.º de teléfono del médico ( )						
Fecha de la lesión/Comienzo de la enfermedad	Fecha del primer tratamiento	Último día trabajado	Fecha de regreso al trabajo			
¿Su lesión o enfermedad está relacionada con su ocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió "Sí", explique: ¿Ha presentado o tiene intención de presentar un reclamo de Indemnización de los trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Describa cómo y dónde ocurrió la lesión o describa el inicio y naturaleza de su enfermedad.						
Identifique otro ingreso que reciba o que haya solicitado:						
Sí	No	Tipo	Monto por semana/mes	Fecha en que comenzó de recibirlo	Fecha en que dejó de recibir	Fecha en que solicitó el ingreso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sueldos, salario o indemnización por despido	\$ _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad Social (incapacidad o jubilación)	\$ _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios por incapacidad del Estado:	\$ _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jubilación (normal, anticipada o por incapacidad):	\$ _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indemnización de los trabajadores	\$ _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incapacidad grupal	\$ _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (describa) _____	\$ _____	_____	_____	_____
Si se aprueba su solicitud de beneficios, todos o parte de sus beneficios podrían considerarse ingresos gravables si son atribuibles al: 1) contribuciones del empleador para el plan de incapacidad; o 2) sus contribuciones, antes de impuestos, para el plan de incapacidad.						
¿Se aplica un impuesto a la renta federal voluntario que se retiene a cada pago de beneficio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", seleccione uno de los siguientes						
<input type="checkbox"/> Retener un monto total en dólares específico con base en el modo de pago de incapacidad (semanal, quincenal, bimensual o mensual) o \$ _____ semanal (\$20.00 mín.) \$ _____ quincenal (\$40.00 mín.) \$ _____ bimensual (\$44.00 mín.) \$ _____ mensual (\$88.00 mín.)						
<input type="checkbox"/> Use el Formulario W-4S I del IRS completado y firmado que adjunté, que especifica mi solicitud de retención.						
¿Se aplica un impuesto a la renta estatal voluntario que se retiene a cada pago de beneficio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", seleccione uno de los siguientes						
<input type="checkbox"/> Retener \$ _____ (\$10.00 como mínimo) para el estado de _____ o						
<input type="checkbox"/> Use el certificado de retención del empleado estatal completado y firmado que adjunté, que especifica mi solicitud de retención.						
Firma: _____			Fecha: _____			

UBICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE LA CUAL SE EMITE NUESTRO CHEQUE: UC Santa Barbara (UCSB)

# LEA ATENTAMENTE, FIRME Y COLOQUE LA FECHA ABAJO

La información que proporcioné es verdadera y está completa a mi leal saber y entender. Acepto que una copia fotostática de este formulario será igual de válida que el original. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, perjudicar o engañar a una compañía aseguradora, presente una declaración falsa, incompleta o información engañosa, puede ser culpable de un acto criminal punible por ley.

**EMPLEADOS DE CALIFORNIA:** Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida, es culpable de un crimen que y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en una misión estatal.

**EMPLEADOS DE COLORADO:** Es ilegal proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o datos o información engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía aseguradora o agente de una compañía aseguradora que a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o reclamante, con el propósito de defraudar o intentar defraudar a un titular de la póliza o reclamante con respecto a una liquidación o importe a pagar con fondos del seguro deberá ser denunciado a la división de seguros de Colorado en el departamento de las agencias reguladoras.

**EMPLEADOS DE DELAWARE:** Se considerará un acto fraudulento que una persona, a sabiendas, por acto u omisión, con el intento de perjudicar, defraudar o engañar: prepare, presente a un asegurador, cualquier declaración oral o escrita, incluidos documentos generados por computadora como parte de, o en apoyo a, un reclamo de pago u otro beneficio conforme a una póliza de seguro, que contenga información falsa, incompleta o engañosa, con relación a cualquier hecho material para tales reclamos.

**EMPLEADOS DE FLORIDA:** Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente una declaración o reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

**EMPLEADOS DE KENTUCKY:** Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía u otra persona, presente una declaración o reclamo o una solicitud que contenga u oculte información con el propósito de engañar, información relacionada a cualquier hecho material, incurrirá en un delito de acto fraudulento, lo cual es un crimen.

**EMPLEADOS DE MINNESOTA:** Una persona que presente una solicitud o reclamos con la intención de defraudar o ayude a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un crimen.

**EMPLEADOS DE NEW JERSEY:** Una persona que a sabiendas presente una declaración o reclamo que contenga cualquier información falsa o engañosa está sujeta a sanciones civiles y criminales.

**EMPLEADOS DE NEW YORK:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud para seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información relacionada a cualquier hecho material, incurrirá en un acto fraudulento, lo cual es un crimen, y estará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil y el valor declarado del reclamo para tal violación.

**EMPLEADOS DE NORTH CAROLINA:** Cualquier persona con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a un asegurador o solicitante de seguro: presente o provoque se presente una declaración oral o escrita, incluidos documentos generados por computadora, como parte de, en apoyo a o en oposición a un reclamo de pago u otro beneficio de conformidad con una póliza de seguro, sabiendo que la declaración contiene información falsa o engañosa con relación a cualquier hecho o material al reclamo, o incite, solicite o conspire con otra persona para preparar o hacer cualquier declaración escrita u oral con la intención de presentarla a un asegurador o solicitante de seguro, en relación con, en apoyo a, o en oposición a un reclamo de pago y otro beneficio de conformidad con una póliza de seguro, sabiendo que la declaración contiene información engañosa o falsa relacionada con un hecho o material para el reclamo, es culpable de un crimen.

**EMPLEADOS DE OHIO:** Entiendo que cualquier persona que, con la intención de defraudar, o sabiendo que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguro.

**EMPLEADOS DE OKLAHOMA:** Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, haga un reclamo por beneficios de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un crimen.

**EMPLEADOS DE PENNSYLVANIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora u otra persona, presente una solicitud para seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información relacionada a cualquier hecho material, incurrirá en un acto fraudulento, lo cual es un crimen, y dicha persona está sujeta a sanciones civiles y criminales.

**EMPLEADO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE LA FIRMA:** \_\_\_\_\_