

ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DE GOBIERNO DE PUERTO RICO

P O Box. 364508 San Juan, Puerto Rico 00936-4508

RECLAMACIÓN POR MOTIVO DE PÉRDIDA FONDO DE BENEFICIOS ESPECIALES PARA EL SOCIO Y SUS FAMILIARES (BENES)

IMPORTANTE: Serán elegibles para este beneficio todos los socios que cotizan al Fondo de Ahorro y Préstamos de la Asociación, siempre y cuando cualifiquen para los mismos conforme dispone el Reglamento Número R-06. Esta reclamación tiene que presentarse en el Departamento de Seguros, en las Oficinas Centrales de AEGPR o en las Sucursales dentro del término de 6 meses a partir de la fecha en que ocurre la pérdida. No se tramitará ninguna reclamación fuera de dicho término.

Debido a la naturaleza de esta reclamación se requiere someter evidencia médica según se indica en la en la parte III de este formulario. La AEELA referirá al socio o familiar (según aplique) a los exámenes médicos que considere necesario. La determinación del caso requiere la intervención de personal autorizado de la Unidad de Selección de Riesgos. En caso de cese se liquidarán los ahorros y dividendos acumulados y de quedar con deuda la misma se le descontará del beneficio solicitado. Si le fuera denegada la reclamación y el reclamante cuestiona la interpretación del Reglamento a estos efectos, le asiste el derecho de solicitar una reconsideración ante la Junta de Directores de AEGPR, para lo cual tiene 30 días a partir de la notificación de dicha determinación.

EL ASOCIADO ES RESPONSABLE DE OBTENER LA CERTIFICACIÓN DE SU AGENCIA EN LA PARTE II DE ESTE FORMULARIO.

PARTE I- DATOS DEL RECLAMANTE (escriba en letra de molde)

1. NOMBRE _____ TELÉFONO () _____
2. DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____
3. DIRECCIÓN POSTAL _____
4. AGENCIA _____ NEG U OFICINA _____
5. NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ TELÉFONO () _____
6. NÚM. DE PLACA (POLICÍA) _____ EJERCE EN (MAESTROS) _____

PÉRDIDA SUFRIDA

- PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS. MUÑECA. PÉRDIDA POR DESMEMBRAMIENTO DE UN BRAZO DESDE O SOBRE LA MUÑECA.
- PÉRDIDA POR DESMEMBRAMIENTO DE AMBOS BRAZOS DESDE O SOBRE LA MUÑECA. PÉRDIDA POR DESMEMBRAMIENTO DE UNA PIERNA DESDE O SOBRE EL TOBILLO.
- PÉRDIDA POR DESMEMBRAMIENTO DE AMBAS PIERNAS DESDE O SOBRE EL TOBILLO.

Entiendo que el recibo de esta reclamación en las oficinas de AEGPR no constituye una aprobación o certificación de que procede el pago de la misma.

Fecha de Solicitud

Firma del Reclamante

Casos en que el reclamante no sepa o no pueda firmar

PARA HUELLAS DIGITALES EN CASO QUE EL ASEGURADO NO SEPA O NO PUEDA FIRMAR

Pulgar izquierdo o dedo disponible

Pulgar derecho o dedo disponible

TESTIGO:

CERTIFICO que la firma o marca en este documento fue realizada en mi presencia.

Nombre (Use letra de Molde)

Dirección Residencial y Postal

Firma

Teléfono

PARTE II- CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA

CERTIFICO QUE _____

ES EMPLEADO REGULAR DE ESTA AGENCIA COMO SIGUE:

FUE EMPLEADO REGULAR DE ESTA AGENCIA COMO SIGUE:

PUESTO QUE DESEMPEÑA O DESEMPEÑÓ _____

EN USO DE LICENCIA (MARQUE UNO) REGULAR SIN SUELDO

DESDE _____ HASTA _____

FECHA DE CESE _____

DEPARTAMENTO O AGENCIA _____ NEG. U OFICINA _____

TELÉFONO DE LA AGENCIA _____

Fecha de Certificación

Firma del Jefe de Personal o Funcionario Autorizado

(La firma debe estar registrada en AEELA).

PARTE III- INFORME MÉDICO (Para ser llenado por médico del reclamante)

NOTA: FAVOR LLENAR LOS ESPACIOS DE ESTE FORMULARIO LO MÁS DETALLADAMENTE POSIBLE. LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL. LA ASOCIACIÓN NO SE RESPONSABILIZA POR HONORARIOS MÉDICOS RELACIONADOS CON ESTE INFORME.

1. NOMBRE DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

2. EDAD _____

3. SEXO F M

4. HISTORIAL CLÍNICO

A- FECHA COMIENZO DE LA CONDICIÓN DE SALUD _____

B- HISTORIAL PASADO RELACIONADO CON ESTA ENFERMEDAD

5. DIAGNÓSTICO

6. FECHA DE LA PÉRDIDA U OPERACIÓN _____

7. TRATAMIENTO

A. FECHA PRIMERA VISITA _____

B. FECHA ÚLTIMA VISITA _____

8. HOSPITALIZACIÓN

A. NOMBRE DEL HOSPITAL _____

B. FECHA INGRESO _____ C. FECHA SALIDA _____

9. PROGNOSIS

A. BUENA

B. RESERVADA

C. POBRE

RESTRICCIONES A LAS ACTIVIDADES DEL PACIENTE

FAVOR DE LLENAR EN LETRA DE MOLDE O MAQUINILLA

NOMBRE DEL MÉDICO

M.D. _____
DIRECCIÓN

NÚMERO DE LICENCIA

FECHA

FIRMA DEL MÉDICO