

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

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

IMPORTANTE: Serán elegibles para este beneficio todos los socios que cotizan al Fondo de Ahorro y Préstamos de la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (en adelante la Asociación), siempre y cuando cualifiquen para los mismos conforme dispone el Reglamento del Fondo de Beneficios Especiales para el Socio y sus Familiares (BENES) R-006. Esta reclamación tiene que presentarse en el Departamento de Seguros, en las oficinas centrales de la Asociación o en las sucursales dentro del término de un (1) año 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 parte III de este formulario. La Asociación referirá al socio o familiar (según aplique) a los exámenes médicos que considere necesarios. 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 el Comité Ejecutivo de la Asociación para lo cual tiene treinta (30) días a partir de la notificación de dicha determinación.

EL SOCIO ES RESPONSABLE DE OBTENER LA CERTIFICACIÓN DE SU ENTIDAD GUBERNAMENTAL EN LA PARTE II DE ESTE FORMULARIO.

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

1. NOMBRE _____ TELÉFONO () _____
2. FECHA DE NACIMIENTO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
3. DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____
4. DIRECCIÓN POSTAL _____
5. ENTIDAD GUBERNAMENTAL _____ NEGOCIADO U OFICINA _____
6. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL XXX-XX- _____ TELÉFONO () _____
7. NÚMERO DE PLACA (POLICÍA) _____ EJERCE EN (MAESTROS) _____

PÉRDIDA SUFRIDA

- () PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS. () 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 la Asociación no constituye una aprobación o certificación de que procede el pago de la misma.

Fecha de Solicitud

Firma del Reclamante

TESTIGO:

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

Nombre (Use letra de molde)

Firma

Dirección Residencial y Postal

Teléfono

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

Pulgar izquierdo o dedo disponible

Pulgar derecho o dedo disponible

PARTE II - CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD GUBERNAMENTAL

CERTIFICO QUE _____

ES EMPLEADO REGULAR DE ESTA ENTIDAD GUBERNAMENTAL COMO SIGUE:

FUE EMPLEADO REGULAR DE ESTA ENTIDAD GUBERNAMENTAL COMO SIGUE:

PUESTO QUE DESEMPEÑA O DESEMPEÑÓ _____

EN USO DE LICENCIA (MARQUE UNO) REGULAR SIN SUELDO

DESDE _____ HASTA _____

FECHA DE CESE _____

DEPARTAMENTO O ENTIDAD GUBERNAMENTAL _____ NEGOCIADO U OFICINA _____

TELÉFONO DE LA ENTIDAD GUBERNAMENTAL _____

Fecha de Certificación

Firma del Jefe de Personal o Funcionario Autorizado
(La firma debe estar registrada en la Asociación)

Correo Electrónico

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

_____ 2. EDAD _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

3. SEXO F M

4. HISTORIAL CLÍNICO

A. FECHA COMIENZO DE LA CONDICIÓN DE SALUD _____

B. HISTORIAL 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

CORREO ELECTRÓNICO