



ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DEL ELA
VER INSTRUCCIONES AL DORSO

DEPARTAMENTO DE SEGUROS
SOLICITUD DE BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN
P.O. BOX 364508 SAN JUAN, PUERTO RICO 00936 - 4508

I - INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL XXX-XX-						
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO						
		CORREO ELECTRÓNICO							
PUEBLO	CÓDIGO POSTAL	PUEBLO	CÓDIGO POSTAL						
ENTIDAD GUBERNAMENTAL DONDE TRABAJA		<table border="1"> <tr> <th colspan="2">FECHA</th> </tr> <tr> <td>DESDE</td> <td>HASTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		FECHA		DESDE	HASTA		
FECHA									
DESDE	HASTA								

Indique si es pensionado (a) SÍ NO (Ver instrucciones al dorso)

Autorizo al hospital y al médico del que he recibido tratamiento a suministrar a la Asociación de Empleados del Estado Libre Asociado toda la información necesaria para la tramitación de mi Solicitud de Beneficio por Hospitalización.

_____ FECHA DE SOLICITUD _____ FIRMA DEL SOLICITANTE

II - CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

Nombre del Paciente _____ Seguro Social _____

Nombre del Hospital _____ Número de Récord _____ Tel. _____

Fecha de Admisión Desde _____ Hasta _____
Mes / Día / Año Mes / Día / Año

¿Causa de hospitalización está relacionada con accidente de automóvil? SÍ NO ¿Con accidente del trabajo? SÍ NO

_____ Nombre del Representante Autorizado del Hospital _____ Título o posición que ocupa

CERTIFICO que esta información es correcta en cuanto a la causa y término de la hospitalización o demás información y que se ofrecerá a petición del paciente o representante autorizado.

_____ Fecha de Certificación _____ Firma del Representante Autorizado del Hospital

_____ Correo Electrónico

III - CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD GUBERNAMENTAL

PARA SER LLENADA EN SU TOTALIDAD POR LA OFICINA DE PERSONAL DE SU ENTIDAD GUBERNAMENTAL
NO PUEDE TENER BORRONES, CORRECCIONES O PARTE ALGUNA TACHADA

Certifico que _____ seguro social XXX-XX-
era empleado de esta entidad gubernamental a la fecha de su hospitalización y que cotizaba ahorros para la Asociación a dicha fecha. Último descuento por concepto de ahorros para la Asociación fue en _____
Mes / Día / Año

En licencia sin sueldo desde _____ hasta _____
Mes / Día / Año Mes / Día / Año

Entidad Gubernamental _____ Teléfono _____

Negociado, Oficina o División _____ Nombre Director o su Representante Autorizado _____

_____ Correo Electrónico _____

_____ Fecha de Certificación _____ Firma Director o Representante Autorizado

INSTRUCCIONES

1. Los casos de hospitalización relacionados con el Fondo de Seguro del Estado y/o la Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA) no están cubiertos por este beneficio.
2. La solicitud se deberá llenar en letra de molde en todas sus partes.
3. Tiene que firmar la solicitud; de lo contrario, no podrá ser procesada.
4. Es imprescindible que indique los últimos cuatro (4) dígitos de su número de seguro social.
5. Deberá gestionar la certificación de la entidad gubernamental y del hospital. Las mismas tienen que ser llenadas en su totalidad y no pueden ser alteradas ni contener partes tachadas.
6. El funcionario de la entidad gubernamental que certifique este documento deberá tener su firma registrada en la Asociación.
7. Toda información contenida en este documento estará sujeta a verificación.
8. Existe un período de caducidad para reclamar este beneficio. Dicho período es de un (1) año a partir de la fecha de salida del hospital, según se establece en el Reglamento del Fondo de Beneficios Especiales para el Socio y sus Familiares (BENES) - R-006 y el procedimiento establecido a estos efectos vigentes. Significa que vencido el año no se podrá procesar ninguna reclamación por este concepto.
9. Se pagará el exceso de cinco (5) días de hospitalizado, hasta un máximo de treinta (30) días en un año fiscal.
10. Si es pensionado no llene parte III de esta solicitud.