



Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
A Mutual of Omaha Company

**Group Insurance Claims Management**  
3300 Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001  
Número gratuito (833) 928-2179  
Fax (402) 997-1878  
Correo electrónico  
submitgroupPFML@mutualofomaha.com

## Una guía para completar con éxito el formulario de reclamo de Licencia médica y familiar paga de Oregon

Mutual of Omaha agradece la oportunidad de brindarle una valiosa protección a sus ingresos. Confiamos en la información que usted proporciona en este formulario para determinar eficazmente si califica para beneficios grupales de licencia paga.

Esta guía proporciona información e instrucciones para ayudarlo a completar y enviar correctamente el formulario de reclamación. Consulte a su empleador/administrador de beneficios si necesita ayuda para proporcionar información para el formulario.

### Consejos importantes para la presentación de copias en papel

- Antes de enviarlo, asegúrese de haber proporcionado toda la información requerida y de haber respondido todas las preguntas de forma completa y precisa. Si falta información o no se puede leer, el procesamiento de su formulario puede retrasarse.
- Las siguientes pautas brindan información valiosa para ayudarlo a completar con éxito el formulario.
- Haga una copia del formulario completo para sus registros antes de enviarlo a Mutual of Omaha/United of Omaha.

### Lineamientos para la Sección 1: Declaración del empleado

Esta sección debe ser completada por el empleado. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. Para que se considere completo, el formulario debe estar firmado por usted.

- En el tipo de licencia solicitada debe indicar si la licencia es por su propia afección de salud grave, tiempo para establecer un vínculo con su hijo, licencia para cuidar a un miembro de la familia con una afección de salud grave o licencia segura para abordar necesidades relacionadas con la violencia doméstica, agresión sexual, acoso o acecho.
- La licencia continua es tiempo libre sin períodos de regreso al trabajo; licencia intermitente es tiempo libre que se tomará por un corto período a la vez durante varios meses.

### Documentación a incluir para cada tipo de licencia

Incluya la documentación solicitada con su formulario de reclamo para evitar cualquier retraso en el procesamiento.

#### Licencia por condición de salud grave propia o condición de salud grave de un miembro de la familia

- Si se trata de su propia condición de salud, necesita una certificación que haya sido completada por su médico tratante o proveedor de atención médica
- Si se toma una licencia para cuidar a un miembro de la familia con una condición de salud grave, una certificación completada por el médico tratante o proveedor de atención médica del miembro

#### Licencia familiar para el cuidado o el establecimiento de un vínculo con un hijo durante el primer año después del nacimiento

- El certificado de nacimiento del niño; o
- Un informe consultor del nacimiento en el extranjero; o
- una declaración del proveedor de atención médica del niño o de la madre embarazada; o
- un formulario de ingreso hospitalario asociado con el nacimiento

#### Licencia familiar para el cuidado o el establecimiento de un vínculo con un hijo después de la colocación a través de cuidado de custodia o adopción

- una copia de una orden de un tribunal que verifique la colocación; o
- una carta firmada por el abogado que representa al futuro padre que confirma la colocación; o
- un documento de la agencia o trabajador social involucrado en la colocación que confirme la colocación; o
- un documento para el niño emitido por los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos

#### Licencia Segura

- una copia de una denuncia policial de una agencia federal o estatal, local o tribal, o una queja formal que indique que usted o su hijo fueron víctimas de violencia doméstica, acoso, agresión sexual o acecho; o
- una copia de una orden de protección u otra evidencia de un tribunal federal, estatal, local o tribal, agencia administrativa o abogado de que usted o su hijo comparecieron o se estaban preparando para un procedimiento civil, penal o administrativo relacionado con la violencia doméstica, acoso, agresión sexual o acecho; o
- documentación de un abogado, oficial del cumplimiento de la ley, proveedor de atención médica, profesional o consejero de salud mental con licencia, miembro del clero o proveedor de servicios para víctimas de que usted o su hijo estaban recibiendo tratamiento o asesoramiento, obteniendo servicios o reubicándose como resultado de problemas de violencia doméstica, acoso, agresión sexual o acecho

Si no puede proporcionar una de las formas de documentación anteriores, puede presentar un certificado por escrito de que está tomando una licencia segura elegible.

## **Autorización para divulgar información personal y autorización para divulgar información médica a mi Empleador**

Ambas autorizaciones deben ser completadas por el empleado. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. El formulario debe estar firmado por usted o su representante legal para considerarse completado.

- Al firmar la autorización, usted está solicitando beneficios de licencia médica o familiar pagada con United of Omaha y acepta permitir la divulgación de información personal a las partes necesarias con el propósito de procesar reclamos.
- Si el nombre asociado con cualquiera de sus registros médicos difiere del nombre proporcionado en el formulario, proporcione nombres alternativos. Esto puede ocurrir en caso de un cambio de nombre debido al matrimonio o la adopción.

## **Lineamientos para la Sección 2: Licencia familiar paga**

Esta sección debe ser completada por el empleado si solicita beneficios de licencia familiar paga para cuidar la condición de salud grave de un miembro de la familia. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. Para que se considere completo, el formulario debe estar firmado por usted.

- Proporcione toda la información requerida sobre el miembro de la familia por el cual está solicitando licencia.
- Explique brevemente la razón por la que el miembro de la familia requiere cuidado.
- Proporcione el nombre y la información de contacto del médico o proveedor de atención médica del miembro de la familia.

## **Lineamientos para la Sección 3: Certificación de una afección grave**

Esta sección debe ser completada por el médico o proveedor de atención médica que está certificando una condición de salud grave o embarazo. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. Para ser considerado completo, el formulario debe estar firmado por el médico/proveedor de atención médica. Este formulario debe presentarse con una licencia familiar paga para cuidar a un miembro de la familia con una condición de salud grave o un reclamo de licencia médica paga.

## **Lineamientos para la Sección 4: Declaración del empleador**

Esta sección debe ser llenada por el Empleador. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. El formulario debe estar firmado por el empleador para considerarse completo.

- El número de identificación de grupo consta de ocho caracteres, comienza con "G000" y le siguen cuatro letras o números adicionales.
- Los salarios de los empleados deben incluir los salarios trimestrales brutos.
- Proporcione días y horas que el Empleado haya trabajado normalmente.
- Indique la fecha en que se recibió el formulario de reclamo del Empleado.
- Tenga en cuenta cualquier tiempo libre que el Empleado haya tomado en las últimas 52 semanas.
- Indique si continúa pagando salarios y está buscando el reembolso del beneficio en lugar de que paguemos beneficios al empleado.



Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
A Mutual of Omaha Company

**Group Insurance Claims Management**  
3300 Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001  
Número gratuito (833) 928-2179  
Fax (402) 997-1878  
Correo electrónico  
submitgroupPFML@mutualofomaha.com

## Sección 1: Declaración del Empleado (responder a todas las preguntas para evitar retrasos)

¿Qué tipo de reclamo se presenta? (marque todas las opciones que correspondan) ☐ O PFML ☐ STD ☐ LTD

Nombre del Empleador actual

Nombre del empleado

Dirección del empleado

Ciudad del empleado

Estado del empleado

Código postal del empleado

Número de teléfono (código de área) del empleado

Número de Seguro Social del Empleado

Dirección de correo electrónico del empleado

Fecha de nacimiento del empleado

¿Qué tipo de licencia está solicitando? (marque las casillas para cada uno de los siguientes)

☐ Condición de salud grave propia – Si su propia condición de salud grave, por favor describa su condición de salud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ Embarazo – Fecha prevista de parto \_\_\_\_\_

☐ Condición de salud grave de un familiar.

Su relación con el familiar: \_\_\_\_\_  
Complete la Sección 2 si selecciona esta opción.

☐ Fecha de adopción/crianza de un niño: \_\_\_\_\_

☐ Establecimiento de un vínculo  
Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

☐ Donante de órganos o médula ósea

☐ Licencia Segura

¿Trabaja para otro empleador? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Ocupación

Fecha de contratación

Días trabajadas por semana

Horas trabajadas por día

Sueldo semanal promedio

## Información del proveedor de atención médica (que deberá completar la persona que reciba atención o el representante autorizado)

Identifique al proveedor de atención médica que actualmente le está proporcionando tratamiento para una afección que está sujeta a la solicitud del empleado de beneficios de PFL.

Nombre del proveedor de atención médica

Dirección postal del proveedor de atención médica

Ciudad

Estado

Código postal

País (si es distinto de EE. UU.)

Número de teléfono del proveedor de atención médica (proporcione el código de área o el código de país)

Número de fax del proveedor de atención médica (proporcione el código de área o país)

Información sobre el empl

|                   |                           |                                    |
|-------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Puesto de trabajo | Último día en que trabajó | Primer día en que faltó al trabajo |
|-------------------|---------------------------|------------------------------------|

¿Se ha perdido algún tiempo antes de esta ocurrencia para una licencia médica o familiar pagada? ☐ Sí ☐ No      Fechas de la licencia      Tipo de licencia:  
En caso afirmativo, ¿cuál fue la razón de la licencia? ☐ PFL ☐ PML

|                                                                   |        |        |               |
|-------------------------------------------------------------------|--------|--------|---------------|
| Dirección del trabajo (Si trabaja desde casa, dirección de casa)) | Ciudad | Estado | Código postal |
|-------------------------------------------------------------------|--------|--------|---------------|

Plan de licencia:

☐ Continua      Fecha de inicio de la licencia (MM/DD/AAAA)      Fecha de finalización de la licencia (MM/DD/AAAA)      ☐ Las fechas son estimativas

☐ Intermitente      Indicar fechas para la licencia intermitente:      ☐ Las fechas son estimativas

Fecha estimada de regreso al trabajo

Si notifica al empleador con menos de 30 días de anticipación, indique:

Otras fuentes de ingresos: ☐ Compensación del trabajador    ☐ Vacaciones/Tiempo libre pago/Enfermedad/PFML    ☐ Continuación salarial

Indique las fechas de otros ingresos recibidos (DD/MM/AAAA): Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Información para la retención del impuesto federal sobre la renta** Si se aprueba su solicitud de beneficios, ¿Mutual of Omaha/United of Omaha debe retener los impuestos sobre la renta de sus cheques de beneficios?

☐ Sí    ☐ No    Si la respuesta es “Sí”, cuánto debe retenerse de cada cheque (el mínimo es \$20.31 por semana). \$\_\_\_\_\_.00

**Nota: Por favor, introduzca un importe total en dólares y no un porcentaje.**

**Firma (obligatorio para todas las reclamaciones)**  
Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

Las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

X \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Firma del empleado      Fecha

## Autorización para divulgar información personal

1. Yo (el abajo firmante) autorizo a cualquier médico, odontólogo, farmacéutico, otro proveedor de atención médica, hospital, clínica o centro médico, aseguradora, reaseguradora, organización de apoyo a los servicios de seguros, empleador, agencia gubernamental, agencia de informes de solvencia, o al administrador de la póliza de seguros o del plan de beneficios a divulgar registros que contengan la Información Personal de:

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número del Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Esta información médica o de salud puede incluir información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, consumo de alcohol y drogas. Esto también puede incluir información sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados de pruebas relacionadas con VIH, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, a menos que la ley estatal lo restrinja.

2. **Información personal que se podrá div:**

- datos o registros sobre mi historia clínica, tratamiento, recetas, consultas (incluyendo informes médicos y psicológicos, registros, gráficos, notas (excluyendo notas de psicoterapia), radiografías, películas o correspondencia, y cualquier condición médica que pueda tener o he tenido incluyendo la presencia de infección por VIH, SIDA o ARC;
- cualquier información relacionada con la cobertura del plan de beneficios o del seguro, reclamos o beneficios; o
- cualquier información, datos o registros relacionados con mis actividades (incluidos registros relacionados con mi seguridad social, indemnización por accidente laboral, ingresos de jubilación, información financiera, ganancias e historial laboral)

3. **Autorizo a divulgar mi información personal a:**

Servicios de Gestión de Discapacidades del Grupo  
Mutual of Omaha Insurance Company/United of Omaha Life Insurance Company  
3300 Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001

o por Fax: 402-997-1878 O por correo electrónico: submitgroupPFML@mutualofomaha.com

4. **Entiendo que Mutual utilizará mi Información personal para evaluar mi reclamo de beneficios, o según lo requiera o permita la ley, y que si me niego a firmar esta Autorización, mi reclamo de beneficios puede no ser pagado. También autorizo a Mutual a divulgar mi información personal de la siguiente manera:**

- a su reaseguradora, u otras personas u organizaciones que proporcionan servicios comerciales, legales o de apoyo a seguros en relación con mi/s reclamo/s; o
- a un proveedor especializado en la solicitud de Beneficios de Discapacidad del seguro social; o
- a proveedores/consultores que me proporcionen servicios relacionados con el bienestar, la discapacidad o la licencia como parte de un plan de beneficios patrocinado por el empleador; o
- para planes de incapacidad autoasegurados solamente, a mi empleador; o
- para planes totalmente asegurados a mi empleador para su uso en discusiones con Mutual con respecto a mi capacidad funcional, y cualquier restricción y limitaciones relacionadas, con el fin de facilitar mi regreso al trabajo; o
- lo que por lo demás exija o permita la ley, o según yo lo autorice

5. Entiendo que mi información personal puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y que puede ya no estar protegida por la ley federal o est.
6. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento proporcionando una solicitud por escrito a Mutual en la dirección anterior. Si revoco esta Autorización, no afectará ningún uso o divulgación de información personal que haya ocurrido antes de que la Mutual reciba mi revocación. Si no se recibe la revocación por escrito, esta autorización seguirá siendo válida hasta 24 meses después de la fecha de la firma; excepto por la autorización de divulgación de información relacionada con el VIH para lo que será válida durante 180 días a partir de la fecha en que la firme.
7. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización y que una copia es tan válida como el original.

### CONSERVE UNA COPIA FIRMADA PARA SUS REGISTROS

Nombre utilizado para los registros (si es diferente al nombre a continuación): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si corresponde: Soy el representante legal del Solicitante y estoy autorizado a conceder permiso en nombre del Solicitante.**

**Nombre en imprenta del representante legal** \_\_\_\_\_

**Firma del representante legal** \_\_\_\_\_

**Tipo del representante legal** \_\_\_\_\_

ESTA AUTORIZACIÓN CUMPLE CON HIPAA Y OTRAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.**

# Autorización de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)

## Depósito directo de pagos de beneficios

Entiendo que al completar este formulario, autorizo a United of Omaha Life Insurance Company a depositar directamente en mi cuenta bancaria a través de transferencia electrónica de fondos (EFT) los pagos que se me deben en virtud de un contrato emitido por United of Omaha a mi institución financiera. con la información proporcionada a continuación, para el crédito a mi cuenta. Declaro que la información bancaria que se detalla a continuación no está asociada con una tarjeta bancaria prepaga o una cuenta de cheques/ahorros no estándar, y entiendo que dicha tarjeta bancaria prepaga o cuentas de cheques/ahorros no estándar no son aceptadas por United of Omaha.

Además, autorizo e instruyo al banco a cargar dicha cuenta o la cuenta de mi patrimonio por cualquier pago realizado por error según lo determinado por United of Omaha y reembolsar cualquier pago realizado después de mi muerte o realizado por error y reembolsar cualquier pago a United of Omaha previa solicitud por escrito al banco.

Además entiendo y acepto que es mi responsabilidad asegurar que toda la información bancaria reportada en este formulario sea precisa y correcta para el depósito apropiado de mi(s) pago(s) y que United of Omaha puede confiar en esta información y no tendrá la obligación de asegurar la veracidad de la información. Completar este formulario no garantiza que se paguen los beneficio.

Además, entiendo y acepto que cualquier pago realizado en una cuenta bancaria incorrecta (incluidos, entre otros, una tarjeta bancaria prepaga o una cuenta corriente/de ahorros no estándar, las cuales no son aceptadas por United of Omaha) de conformidad con perderé la información reportada en este formulario y que United of Omaha no tiene la obligación de recuperar esos fondos o hacerme pago(s) de reemplazo.

Además, entiendo y acepto para mí, mis herederos, albaceas y patrimonio indemnizar y eximir de responsabilidad a United of Omaha de cualquier pérdida o daño de cualquier naturaleza, incluidos los costos o los honorarios de abogados incurridos debido a que dicho banco actúa de conformidad con esta Autorización.

Además, entiendo y acepto que United of Omaha no es responsable de ningún cargo bancario u otros costos asociados con o que surjan de este acuerdo.

También entiendo que si mi banco no puede aceptar EFT, los cheques se enviarán por correo a mi residencia.

Me reservo el derecho de revocar y cancelar esta autorización. Dicha revocación y cancelación entrará en vigencia dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de la notificación por parte de United of Omaha

| Información del beneficiario                         | Información bancaria                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre completo                                      | Nombre del banco                                                                                                                                                                                                                            |
| Dirección                                            | Dirección                                                                                                                                                                                                                                   |
| Dirección                                            | Dirección                                                                                                                                                                                                                                   |
| Ciudad                                               | Ciudad                                                                                                                                                                                                                                      |
| Estado y código postal                               | Estado y código postal                                                                                                                                                                                                                      |
| Número de teléfono (    )                            | Número de teléfono (    )                                                                                                                                                                                                                   |
| Número de Seguro Social                              | Número de Cuenta                                                                                                                                                                                                                            |
| Número de póliza                                     | Número de enrutamiento/tránsito de ABA del banco                                                                                                                                                                                            |
| Número de reclamo                                    | <div><input type="checkbox"/> Cuenta de cheques      (Marcar solo una opción)      Tarjetas bancarias prepagas y no estándar.</div> <div><input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro      No se permiten cuentas de cheques/de ahorros.</div> |
| Número de beneficiario (solo para uso de la oficina) | Aprobado por/Fecha (solo para uso de la oficina)                                                                                                                                                                                            |

X

Firma del beneficiario

Fecha

## Información de contacto

Adjunte uno de los documentos siguientes **un cheque anulado de la cuenta de cheques** O **Un comprobante de depósito para la cuenta de ahorros** y envíe con este formulario a:

United of Omaha Life Insurance Company  
HO8W-GDMS  
3316 Farnam Street  
Omaha, NE 68172-7420

También puede enviar un fax al 402-997-1878 o enviar un correo electrónico a submitgroupPFML@mutualofomaha.com

Si tiene alguna pregunta sobre EFT, puede Comunicarse con nuestros representantes del servicio al cliente a la línea gratuita al **1-833-928-2179** (de lunes a jueves, de 7 a.m. a 5:30 p.m. y viernes de 7 a.m. a 5 p.m. CST).

**Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.**

# Advertencias de fraude

## Advertencias obligatorias sobre fraude (las advertencias específicas para cada estado se aplican para los residentes de dicho estado).

**Advertencia por fraude:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa, o que, con la intención de engañar, oculte datos relacionados con cualquier tema respecto del presente, comete un acto fraudulento contra la aseguradora, el cual es un delito y estará sujeta a sanciones civiles y penales.

**Alabama:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro incurrirá en delito y se le podrán aplicar multas de indemnización y arresto en prisión, o cualquier combinación de ambos.

**Arkansas/Kentucky/Louisiana/Maine/New Mexico/ Ohio/ Tennessee:** Toda persona que, con intención de estafar o a sabiendas de estar facilitando una estafa contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de estafa de seguros.

**California:** Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar una reclamación por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**Colorado:** Es ilegal proporcionar, con conocimiento de causa, información o datos engañosos, incompletos o falsos a una compañía aseguradora con el objetivo de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, multas, la denegación del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de una póliza o solicitante con el objetivo de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o solicitante con respecto a una liquidación o importe a pagar con fondos del seguro, será denunciado a la División de Seguros de Colorado, perteneciente al Departamento de Agencias Reguladoras.

**Distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: Es considerado un delito proveer información falsa o engañosa a cualquier compañía aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen el encarcelamiento o las multas. Además, la compañía aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa esencialmente relacionada con el reclamo.

**Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa, o que, con la intención de engañar, oculte datos relacionados con cualquier tema respecto del presente, comete un acto fraudulento contra la aseguradora, el cual es un delito y estará sujeta a sanciones civiles y penales, según lo determine un tribunal de justicia.

**Maryland:** Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas y deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro incurrirá en delito y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión.

**Nueva Jersey:** Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Nueva York:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

**Oregon:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa, o que, con la intención de engañar, oculte datos relacionados con cualquier tema respecto del presente, comete un acto fraudulento contra la aseguradora, el cual es un delito y estará sujeta a sanciones civiles y penales.

**Puerto Rico:** Toda persona que suministre información verbalmente o por escrito, u ofrezca cualquier testimonio sobre hechos indebidos o ilegales que por su naturaleza constituyan actos fraudulentos en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, incurrirá en delito grave y, al ser condenado, será reprimido con multa no menor de cinco mil (5,000) dólares ni mayor de diez mil (10,000) dólares por cada infracción o con reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. Si se presentaran circunstancias agravantes, la sanción fijada así establecida podrá aumentarse a un máximo de cinco (5) años; si se presentaran circunstancias atenuantes, podrá reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Rhode Island:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro incurrirá en delito y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión.

**Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa, o que, con la intención de engañar, oculte datos relacionados con cualquier tema respecto del presente, comete un acto fraudulento contra la aseguradora, el cual es un delito y estará sujeta a sanciones civiles y penales.

**Islas Vírgenes:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguro u otra persona, presente una solicitud para el seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa, o que, con la intención de engañar, oculte datos relacionados con cualquier tema respecto del presente, comete un acto fraudulento contra la aseguradora, el cual es un delito y estará sujeta a sanciones penales.

**Virginia:** Toda persona que, con intención de estafar o a sabiendas de estar facilitando una estafa contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas habrá violado las leyes estatales.



Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
A Mutual of Omaha Company

**Group Insurance Claims Management**  
3300 Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001  
Número gratuito (833) 928-2179  
Fax (402) 997-1878  
Correo electrónico  
submitgroupPFML@mutualofomaha.com

## Sección 2: Licencia familiar paga

**Esta sección solo se debe completar para solicitar licencia familiar paga, no para licencia médica paga.  
PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO**

Nombre del empleado (nombre, inicial segundo nombre, apellido)

Nombre del destinatario de la atención (nombre, segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)

/   /

¿Se solicita licencia debido a la condición de salud grave de un miembro de la familia? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su relación con el miembro de la familia?

¿Cuál es la fecha de inicio de licencia solicitada para la condición grave del miembro de la familia?

¿Cuál es la duración prevista de la condición de salud grave del miembro de la familia?

¿El familiar con la enfermedad grave requiere su ayuda? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique.



Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
A Mutual of Omaha Company

**Group Insurance Claims Management**  
3300 Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001  
Número gratuito (833) 928-2179  
Fax (402) 997-1878  
Correo electrónico  
submitgroupPFML@mutualofomaha.com

### Sección 3: Certificación de una Condición de Salud Grave (PFL o PML) PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

|                                                  |                      |                                                                    |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Nombre de la persona que solicita licencia:      |                      | Fecha de nacimiento de la persona (MM/DD/AAAA)                     |                            |
| <input type="text"/>                             |                      | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |                            |
| Dirección del empleado                           | Ciudad del empleado  | Estado del empleado                                                | Código postal del empleado |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                               | <input type="text"/>       |
| Número de teléfono (código de área) del empleado |                      | Fecha de nacimiento del empleado                                   |                            |
| <input type="text"/>                             |                      | <input type="text"/>                                               |                            |

#### Licencia familiar

**Instrucciones:** Complete esta sección si el paciente es un familiar del empleado.

|                                                            |                                                                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nombre del paciente: (nombre, inicial del medio, apellido) | Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)                      |
| <input type="text"/>                                       | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

Si la licencia es para el cuidado de un familiar, responda: ¿Se requerirá que el empleado tome licencia para cuidar al paciente? ☐ Sí ☐ No

El paciente debe tener una condición de salud grave para que el empleado califique para la Licencia Familiar y Médica Paga. Complete las secciones Condición de salud grave y Plan de tratamiento en relación con la afección médica del paciente. Complete la sección Programa de licencia en relación con la necesidad de licencia del empleado para cuidar al paciente.

#### Condiciones de salud graves

- Si corresponde, describa brevemente otros hechos médicos apropiados que estén relacionados con las condiciones o los diagnósticos médicos por los cuales el empleado solicita licencia PFML. (Ej., síntomas, hospitalizaciones, derivaciones para evaluación o tratamiento)
- Marque las casillas para las siguientes preguntas, según corresponda. Para todas las casillas marcadas, la cantidad de licencia necesaria debe proporcionarse en la Sección de Licencia Requerida.

☐ **Cuidado de pacientes hospitalizados:** El paciente ☐ ha sido / ☐ se espera que sea admitido para una estancia nocturna en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en la(s) siguiente(s) fecha(s)

☐ **Incapacidad más tratamiento:** (p. ej., cirugía ambulatoria, faringitis estreptocócica) Debido a la afección, el paciente ☐ ha estado / ☐ se espera que esté incapacitado por más de tres días calendario completos consecutivos desde  (MM/DD/AAAA) hasta  (MM/DD/AAAA).

El paciente ☐ fue / ☐ será atendido en las fechas siguientes

☐ **Embarazo:** La afección es embarazo. Indique la fecha de parto prevista  (MM/DD/AAAA).

Si la empleada ya ha tenido el parto, fecha de parto y tipo  (MM/DD/AAAA) ☐ Parto por cesárea ☐ Vaginal

Si hay alguna complicación en el embarazo, por favor indique

Describa brevemente la incapacidad por estado grave de salud postnatal. Puede incluir, entre otros, la recuperación después de un parto por cesárea, infecciones u otras complicaciones posnatales.

Proporcione las fechas de inicio y finalización de la licencia necesaria para la condición de salud grave descrita anteriormente. No incluya la licencia para establecer un vínculo, que puede solicitarse por separado.

Fecha de inicio: (Fecha de nacimiento del niño)  (MM/DD/AAAA) Fecha de finalización:  (MM/DD/AAAA)

- ☐ **Condiciones crónicas:** (por ejemplo, asma, migrañas) Debido a la afección, es médicamente necesario que el paciente tenga visitas de tratamiento al menos dos veces al año. Fecha de inicio de la afección  (MM/DD/AAAA)
- ☐ **Afecciones permanentes o a largo plazo:** (por ejemplo, Alzheimer, estadios terminales del cáncer) Debido a la afección, la incapacidad es permanente o a largo plazo y requiere la supervisión continua de un proveedor de atención médica (incluso si no se proporciona tratamiento activo).
- ☐ **Afecciones que requieren tratamientos múltiples:** (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, cirugía restaurativa) Debido a la afección, es médicamente necesario que el paciente reciba múltiples tratamientos.

- ☐ **Peligro inminente o muerte:** (Por ejemplo, pronóstico terminal) Debido a la afección, la afección presenta un peligro inminente de muerte, o tiene un pronóstico terminal con una posibilidad razonable de muerte en un futuro cercano.
- ☐ **Donante de órganos o médula ósea:** El paciente ☐ ha donado / ☐ se espera que done un órgano o médula ósea. Fecha de la cirugía \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)
- ☐ **Ninguna de las opciones anteriores:** Si no se comprobó ninguna de las condiciones anteriores (es decir, atención hospitalaria, embarazo) no se necesita información adicional. Vaya a la página 4 para firmar y fechar el formulario.

3. ¿Esta afección resultará en un curso de tratamiento continuo bajo la supervisión de un proveedor de atención médica (por ejemplo, medicamentos recetados que no sean de venta libre, terapia que requiera equipo especial)? \_\_\_\_\_
4. ¿Se tratará al paciente dos o más veces al año por esta condición? \_\_\_\_\_
5. ¿La afección se relaciona con el trabajo? ☐ Sí ☐ No

### Permiso requerido necesario

Para las condiciones médicas comprobadas en las Condiciones de Salud Graves anteriores, complete todas las condiciones que correspondan. Varias preguntas requieren una respuesta en cuanto a la frecuencia/duración de una afección, tratamiento, etc. Su respuesta debe ser su mejor estimación basada en su conocimiento médico, experiencia y examen del paciente. Sea lo más específico que pueda; términos como “de por vida”, “desconocido” o “indeterminado” pueden no ser suficientes para determinar la cobertura de PFML.

### Plan de tratamiento

- A) Debido a la afección: el paciente ☐ recibió / ☐ recibirá tratamiento(s) médico(s) planificado(s) (visitas médicas programadas) (por ejemplo, prenatal psicoterapia, citas prenatales) en la(s) siguiente(s) fecha(s) \_\_\_\_\_
- B) El paciente ☐ fue / ☐ será derivado a otro(s) proveedor(es) de atención médica para evaluación o tratamiento(s). \_\_\_\_\_
- C) Nombre del proveedor y número de teléfono y fax, si corresponde, \_\_\_\_\_  
área de referencia de especialidad \_\_\_\_\_

### Plan de licencia

#### Continua

- A) ¿El paciente necesitará la licencia de manera continua? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione su mejor estimación de la fecha de inicio \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA) y la fecha de finalización \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA) durante el período de incapacidad.

#### Intermitente

- A) ¿El paciente necesitará la licencia de manera intermitente? ☐ Sí ☐ No
- B) Proporcione su mejor estimación de la fecha de inicio \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA) y la fecha de finalización \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA) para la licencia intermitente.
- C) Se estima que se produzcan episodios de incapacidad \_\_\_\_\_ veces por (☐ día / ☐ semana / ☐ mes))  
y probablemente duren aproximadamente \_\_\_\_\_ (☐ días) por episodio.

### INFORMACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

*Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, que la condición del paciente causa una incapacidad del trabajo y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición.*

|                                  |                                   |               |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Firma                            | Fecha                             |               |
| Nombre y cargo                   |                                   |               |
| Licencia de certificado y estado | Zona de licencia/área de práctica |               |
| Nombre de la empresa             |                                   |               |
| Dirección                        |                                   |               |
| Número de teléfono               | Dirección de correo electrónico   | Número de fax |



Underwritten by  
United of Omaha Life Insurance Company  
A Mutual of Omaha Company

**Group Insurance Claims Management**  
3300 Mutual of Omaha Plaza  
Omaha, NE 68175-0001  
Número gratuito (833) 928-2179  
Fax (402) 997-1878  
Correo electrónico  
submitgroupPFML@mutualofomaha.com

#### Sección 4: Declaración del empleador (responder a todas las preguntas para evitar demoras)

¿Qué tipo de reclamo se presenta? (marque todas las opciones que correspondan) ☐ O PFML ☐ STD ☐ LTD

Nombre de la empresa

Número de identificación del grupo

N.º de clase o Descripción

N.º de división/ubicación o Descripción

Fecha de vigencia de la cobertura de ETS o LTD, si corresponde

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleado

Número de teléfono del empleado

Dirección del empleado

Ciudad del empleado

Estado del empleado

Código postal del empleado

Fecha de nacimiento del empleado

Número de Seguro Social del Empleado

Fecha de contratación del empleado

Título de trabajo del empleado

**Sueldo del empleado** Complete esta sección en función de los 5 trimestres completos antes de la presentación de la licencia.  
(si hay menos de 5 trimestres disponibles, incluya también las ganancias del trimestre actual para la revisión de la elegibilidad financiera)

| Trimestre No. | Fecha de finalización del trimestre (MM/DD/AAAA) | Bruto Importe pagado | Promedio de horas trabajadas Por semana (por ejemplo, 40 h) | Marcar días normalmente trabajados/horas trabajadas                               |
|---------------|--------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1             |                                                  |                      |                                                             | <input type="checkbox"/> Lunes . . . . . horas trabajadas _____ (para cada día)   |
| 2             |                                                  |                      |                                                             | <input type="checkbox"/> Martes . . . . . horas trabajadas _____ (para cada día)  |
| 3             |                                                  |                      |                                                             | <input type="checkbox"/> Miércoles . . . horas trabajadas _____ (para cada día)   |
| 4             |                                                  |                      |                                                             | <input type="checkbox"/> Jueves . . . . . horas trabajadas _____ (para cada día)  |
| 5             |                                                  |                      |                                                             | <input type="checkbox"/> Viernes . . . . . horas trabajadas _____ (para cada día) |
|               |                                                  |                      |                                                             | <input type="checkbox"/> Sábado . . . . . horas trabajadas _____ (para cada día)  |
|               |                                                  |                      |                                                             | <input type="checkbox"/> Domingo . . . horas trabajadas _____ (para cada día)     |

Indique el porcentaje de las contribuciones de PML pagadas por el empleado después de impuestos. \_\_\_\_\_

Último día en que trabajó

Primer día en que faltó al trabajo

¿Ha vuelto el empleado al trabajo?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

Motivo de la licencia:

☐ Licencia familiar y médica ☐ propia del empleado

Fecha de la notificación del empleado de la necesidad de licencia

¿Ha sido despedido el empleado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, fecha de terminación.

¿Esta discapacidad ha sido ocasionada en el trabajo? ☐ Sí ☐ No

Si "Sí", ¿se presentó la compensación del trabajador? ☐ Sí ☐ No

Si el empleado recibió o recibirá salarios completos, ¿el empleador solicitará el reembolso?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", responda las siguientes preguntas: ¿Importe pagado? \_\_\_\_\_ ¿En qué fecha comienzan los beneficios? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha terminan los beneficios? \_\_\_\_\_

Indique el tipo de salario recibido:

En las 52 semanas anteriores, el empleado ha tomado licencia para: ☐ Propio ☐ Familiar

Introduzca el número total de semanas y días tomado para PFML en las últimas 52 semanas: Semanas \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

Si el empleado también tiene cobertura de ETS, proporcione lo siguiente:

¿El empleado fue despedido o se le otorgó una licencia sin goce de sueldo en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “Sí”, proporcione las fechas en que el empleado no estuvo trabajando activamente y la fecha en que regresó al trabajo activo.

Fechas en que el empleado no estaba trabajando activamente \_\_\_\_\_ Fecha en que el empleado regresó al trabajo activo \_\_\_\_\_

¿Se pagaron primas durante el trabajo o despido? ☐ Sí ☐ No

¿El reclamante tenía cobertura de STD anterior con otra compañía mientras trabajaba con usted? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es “Sí”, fecha de entrada en vigencia de la cobertura y nombre de la compañía de seguros anterior.

Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**Aviso importante:** Para empleados de 60 años de edad o más, consulte las disposiciones de la póliza con respecto a la continuación de cobertura de seguro de vida grupal y los derechos de conversión.

Si el empleado ya no está trabajando las horas mínimas que exige la póliza, indique por qué:

☐ Despido ☐ Suspensión ☐ Licencia personal ☐ Licencia médica (por ej., FMLA) ☐ Otro (explicar)\_\_\_\_\_

|                                              |                                                                                                     |                                                                 |                                                                                                         |                                                                    |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Ganancias por STD<br>póliza (si corresponde) | El empleado contribuye<br>para la prima?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, el porcentaje<br>es pagado por el empleado? | ¿Antes o después de impuestos?<br><input type="checkbox"/> Antes de <input type="checkbox"/> Después de | ¿Bruto?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

**Firma (obligatorio para todos los reclamos):** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado. Las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

|                          |                                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nombre en letra de molde | Firma de la persona que completa el formulario de reclamo |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|

|                                                               |                    |                                 |                             |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Título de la persona que completa<br>el formulario de reclamo | Número de teléfono | Dirección de correo electrónico | Fecha en la que<br>se firma |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|-----------------------------|