

Si trabaja en Delaware, puede solicitar el Seguro del Pago de Licencia en Delaware. Arch Insurance revisará todas las solicitudes para determinar su elegibilidad para recibir beneficios. El empleado que solicita la licencia debe completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.

Esta Solicitud ("Reclamo") la completa la persona que solicita los beneficios de pago de licencia (el "Reclamante"). Las solicitudes pueden presentarse hasta 30 días antes del inicio de la licencia solicitada y hasta 30 días después del inicio de la misma. Una solicitud completa incluye una declaración del Reclamante, una declaración del empleador, una certificación relacionada con el tipo de licencia solicitada y la documentación que la acredite. Las solicitudes presentadas fuera de este plazo serán denegadas, a menos que se justifique la presentación tardía. La presentación de la solicitud es responsabilidad de la persona que solicita los beneficios de licencia remunerada. El Reclamante es responsable de proporcionar cualquier información faltante o adicional solicitada durante el proceso de solicitud y de informar a todas las partes involucradas sobre cualquier cambio en los planes de licencia.

Antes de solicitar el DE PFML...



Consulte los requisitos de elegibilidad para la licencia



Planifique sus licencias. Las licencias pueden tomarse de forma continua o intermitente, de acuerdo con el DE PFML.



Notifique a su empleador de DE al menos 30 días antes del inicio de la licencia (si la licencia es previsible). De lo contrario, notifique a su empleador lo antes posible.

Complete su(s) formulario(s) de reclamo y adjunte la documentación requerida



Complete la Parte A, Declaración del Reclamante, en su totalidad. Firme y feche el formulario, conserve una copia para sus archivos y entregue el paquete de reclamación a su empleador para que pueda completar la Parte C.



El proveedor debe completar la Parte B, el formulario de Certificación de Proveedor de Atención Médica y adjuntar la documentación de respaldo.



Su empleador de DE completa la Parte C, Declaración del Empleador, en su totalidad. Deben hacer una copia de la reclamación para sus archivos y devolverle la declaración completa.



Envíe por correo electrónico o correo postal el formulario de reclamación completo:

Arch Insurance Company
PO Box #26316
Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979
Fax: 610-977-3216
Correo electrónico:
archdbl@acitpa.com

*Los beneficios descritos aquí están suscritos por Arch Insurance Company, NAIC n.º 11150, empresa miembro de Arch Insurance Group Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para conocer los términos y condiciones detallados. La información que proporcione a Arch en este formulario se utilizará para administrar los beneficios de Licencia Pagada de Delaware. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y el monto de sus beneficios, Arch podría compartir su información con su(s) empleador(es) actual(es) o anterior(es), y con los Socios de Licencia Pagada de Delaware. Visite archinsurance.com/disability o llame al **877-369-0979** para obtener más información.

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

25-10-DBL28

Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Condición de salud del empleado

Parte A: Información del empleado

(debe ser completado por el empleado que solicita la licencia)

1 Nombre legal del empleado: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 Dirección postal del empleado:

Dirección

Ciudad

Estado |

Código postal |

3 Número de Seguro Social: - - - - -

4 Fecha de nacimiento del empleado: m m d d a a a a
| | / | | / | | | |

5 Género del empleado: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No designado / Otro

6 Número de teléfono del empleado: (-) - - - - -

7 Dirección de correo electrónico del empleado: _____

Dejar información

8 Patrón de licencia y período(s) solicitado(s):

☐

Continuo:

Fecha de inicio de la licencia

Fecha de finalización de la licencia

m m d d a a a a
| | / | | / | | | |

m m d d a a a a
| | / | | / | | | |

☐

Intermitente:

Fecha de inicio de la licencia

Fecha(s) solicitada(s):

m m d d a a a a
| | / | | / | | | |

Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Condición de salud del empleado

9 ¿Se le dio a su empleador un aviso con 30 días de anticipación para esta licencia?

☐ Sí Fecha de aviso proporcionado al empleador

m	m	d	d	a	a	a	a						
			/				/						

☐ No Razón: _____

10 Otros tipos de licencia:

Proporcione detalles sobre otros tipos de beneficios/licencia tomada o solicitada para esta licencia, y si se extenderá durante el período de licencia solicitado actual cubierto por este reclamo.

Tipo de beneficio	Recibió	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. Incapacidad a corto plazo (ITP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otro (enfermedad/licencias/ tiempo libre remunerado u otra licencia paga por el empleador). Por favor, especifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

11 ¿Recibirá pagos de su empleador mientras esté en DE PFML?

☐ Sí

☐ No

Si su respuesta es Sí, al firmar a continuación usted confirma la cesión del pago de sus beneficios a su empleador.

Declaración y Firma:

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS O CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O FACILITAR UN FRAUDE CONTRA CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UN RECLAMO DE SEGURO QUE CONTENGAN INFORMACIÓN FALSA, ENGAÑOSA O EQUIVOCADA PUEDE SER CULPABLE DE FRAUDE DE SEGUROS.

Por la presente, solicito los beneficios del Seguro de Licencia Pagada de Delaware. Mi firma confirma que la información que proporciono es verdadera y precisa en la medida de mis conocimientos.

Firma del empleado: _____

Fecha:

m	m	d	d	a	a	a	a						
			/				/						

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en archinsurance.com/disability

Parte B: Certificación de proveedor de atención médica

La Licencia Médica permite a una persona elegible tomarse una licencia de un empleo a otro para atender su propia condición de salud grave. Una persona no puede exceder las 6 semanas de licencia remunerada en un período de 24 meses. Las solicitudes pueden presentarse hasta 30 días antes del inicio de la licencia solicitada y hasta 30 días después del inicio de la misma. La presentación de la solicitud es responsabilidad de la persona que solicita los beneficios de la licencia remunerada (el “Empleado”). El Empleado es responsable de proporcionar cualquier información faltante o adicional solicitada durante el proceso de solicitud y de informar a todas las partes involucradas sobre cualquier cambio en los planes de licencia.

Complete la primera página de este formulario, haga una copia y entrégueselo completo a su proveedor de atención médica para que complete el resto. El proveedor de atención médica le devolverá el formulario y usted nos lo entregará junto con su solicitud y cualquier otra documentación de respaldo como parte de su solicitud de beneficios.

Sección 1: Información del empleado (debe ser completada por la persona (empleado) que solicita licencia médica)

1 Nombre legal del empleado: _____
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 Fecha de nacimiento del empleado:

m	m	d	d	a	a	a	a
__	__	/	__	__	/	__	__

3 Número de teléfono del empleado: () - -

4 Dirección de correo electrónico del empleado:

5 Número de reclamación (si está disponible):

Sección 2: Certificación médica (debe ser completada por el proveedor de atención médica brindando el tratamiento)

Su paciente (el "Empleado") solicitó ausentarse del trabajo debido a su condición de salud grave. Para que podamos tomar una decisión sobre su solicitud de beneficios de DE PFML, necesitamos que complete la información de las Secciones 1 a 4. Al completar esta certificación:

- Sus respuestas deben ser su mejor estimación basada en sus conocimientos médicos, experiencia y el examen del paciente.
- Sea lo más específico posible. Usar términos como “según sea necesario”, “desconocido” o “indeterminado” podría no ser suficiente para aprobar la reclamación.
- Limite sus respuestas a la condición de salud grave por la cual su paciente necesita atención del empleado. Si su paciente necesita atención del empleado debido a más de una condición de salud grave, complete una certificación por separado para cada condición.
- No incluya información sobre pruebas genéticas, según se define en el Título 29 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), servicios genéticos, según se define en el Título 29 del C.F.R., Sección 1635.3(e), ni sobre la manifestación de enfermedades o trastornos en los familiares del empleado, Título 29 del C.F.R., Sección 1635.3(b).

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuéntrenos en línea en **archinsurance.com/disability**

Certificación de proveedor de atención médica de Delaware - Condición de salud del empleado

- 6 Una condición de salud grave que califica es una condición física o mental que se ajusta a una de las siguientes categorías **Marque la(s) casilla(s) para las preguntas a continuación, según corresponda.**

- ☐ **Atención hospitalaria:** El paciente (☐ fue / ☐ está / ☐ será) ingresado para pasar la noche en un hospital, hospicio o centro de atención médica residencial en la(s) siguiente(s) fecha(s): _____
- ☐ **Incapacidad más tratamiento:** (por ejemplo, cirugía ambulatoria, faringitis estreptocócica)
- Debido a la condición de salud del paciente, el paciente (☐ estuvo / ☐ está / ☐ estará) incapacitado por más de tres días calendario completos consecutivos.
 - El paciente (☐ fue / ☐ es / ☐ será) atendido en la(s) siguiente(s) fecha(s): _____
 - La condición de salud (☐ tuvo / ☐ tiene / ☐ también resultó(ron) 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 requiere equipo especial, etc.)
- ☐ **Embarazo:** La condición es embarazo. Indique la fecha prevista de parto: _____
(mm/dd/aaaa)
- ☐ **Condiciones de salud crónicas:** (por ejemplo, asma, migrañas) Se espera que las visitas de tratamiento sean al menos dos veces al año.
- ☐ **Condiciones de salud permanentes o de largo plazo:** Debido a la condición de salud, la incapacidad es permanente o de largo plazo y requiere la supervisión continua de un profesional de la salud (incluso si no se proporciona tratamiento activo).
- ☐ **Condiciones de salud que requieren múltiples tratamientos:** (por ejemplo, tratamientos de quimioterapia, cirugía restaurativa, etc.) Debido a la condición de salud, es médicamente necesario que el paciente reciba múltiples tratamientos.
- ☐ **Ninguna de las anteriores:** Si no se marca ninguna de las categorías anteriores (p. ej., hospitalización, embarazo), no se necesita información adicional. Firme y feche el formulario, haga una copia para sus archivos y devuélvalo al paciente.

7 Primera fecha de incapacidad: ^m ^m / ^d ^d / ^a ^a ^a

Fecha en que examinó por primera vez al paciente por esta condición: ^m ^m / ^d ^d / ^a ^a ^a

8 Última visita al consultorio: ^m ^m / ^d ^d / ^a ^a ^a

Próxima visita al consultorio: ^m ^m / ^d ^d / ^a ^a ^a

Fecha prevista de regreso al trabajo: _____

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuétrenos en línea en archinsurance.com/disability

Certificación de proveedor de atención médica de Delaware - Condición de salud del empleado

- 9 En relación con la condición de salud por la cual su paciente solicita tiempo fuera del trabajo, ¿considera que la condición de salud fue causada por o relacionada de alguna manera con una lesión o enfermedad en el lugar de trabajo?

☐ Sí

☐ No

- 10 Si el empleador no proporciona una declaración de las funciones esenciales de su paciente ni una descripción del puesto, responda estas preguntas basándose en la propia descripción del paciente de las funciones esenciales del puesto. Un empleado que debe ausentarse del trabajo para recibir tratamiento médico, como visitas médicas programadas, por una condición de salud, se considera incapaz de realizar las funciones esenciales del puesto durante la ausencia para recibir tratamiento.

Debido a su estado de salud, mi paciente (☐ no pudo/ ☐ no puede/ ☐ no podrá) realizar una o más de sus funciones laborales esenciales. Identifique al menos una función laboral esencial que su paciente no pudo/no podrá/no podrá realizar:

- 11 Proporcione los datos médicos relevantes relacionados con la condición de salud que requiere esta licencia (estos datos pueden incluir diagnóstico, síntomas o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipo especializado):

Código de diagnóstico:

Descripción del diagnóstico:

- 12 Proporcione los datos médicos relevantes relacionados con la condición de salud que requiere esta licencia (estos datos pueden incluir diagnóstico, síntomas o cualquier régimen de tratamiento continuo, como el uso de equipo especializado):

☐ **Licencia continua:** Mi paciente ha/estará incapacitado por un solo período continuo debido a su propia condición de salud, incluido el tiempo de tratamiento y recuperación que comienza el ____/____/____ y termina el ____/____/____.

☐ **Licencia intermitente - Incapacidad:** Se espera que mi paciente reciba un tratamiento periódico en el que la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesaria a partir de ____/____/____ hasta ____/____/____.

Describa la frecuencia y duración estimadas de los brotes (p. ej., 1 vez cada 3 meses con una duración de 1 a 2 días), (p. ej., 3 veces al mes con una duración de 1 día). **Seleccione y complete una opción:**

☐ **Semanal:** ____ vez(s) cada ____ semana(s) por una duración de ____ día(s) Por incidente:

O ☐ **Mensual:** ____ vez(s) cada ____ semana(s) por una duración de ____ día(s) por incidente.

☐ **Licencia intermitente - Tratamientos:** Se espera que mi paciente reciba un tratamiento periódico en el que la ausencia intermitente del trabajo será médicamente necesaria a partir del ____/____/____ y hasta el ____/____/____.

Describa la frecuencia y duración estimadas de los tratamientos/citas (p. ej., 3 veces cada 2 meses).

Seleccione y complete una opción:

☐ **Semanal:** ____ vez(s) cada ____ semana(s) por una duración de ____ día(s) por incidente:

O ☐ **Mensual:** ____ vez(s) cada ____ semana(s) por una duración de ____ día(s) por incidente.

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuétrenos en línea en archinsurance.com/disability

Certificación de proveedor de atención médica de Delaware - Condición de salud del empleado

Información y firma del proveedor de atención médica

Imprimir Nombre del proveedor de atención médica tratante: _____

Certificación de especialidad/junta: _____

Dirección comercial del proveedor médico que da el tratamiento: _____

Número de licencia de certificación y estado: _____

Teléfono: _____

Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Certificación y Firma:

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, con la intención de defraudar a sabiendas o facilitar a sabiendas un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa de un hecho material, puede ser culpable de fraude de seguros.

Mi firma certifica que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, que he examinado al paciente y respondido las preguntas con precisión en la medida de mis posibilidades, y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición.

Firma: _____

Fecha: | / | / | |

Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - condición de salud del empleado

Nombre del empleado: _____

Parte C: Información del empleador (debe ser completado por el empleador para el empleado mencionado anteriormente que solicita DE PFML)

1 Información del empleador:

Nombre legal completo de la empresa: _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado | ____ |

Código postal | ____ |

País (si no es EE. UU.): _____

2 Número de póliza: _____

3 Número de identificación patronal federal (FEIN) de la empresa: _____

4 Persona de contacto del empleador (nombre y cargo) para esta solicitud de licencia: _____

5 Teléfono de contacto: (____) - ____ - ____

6 Dirección de correo electrónico de contacto: _____

7 Situación laboral actual del empleado:

☐ Empleado activo-no despedido

☐ Despedido del empleo — Fecha del despido: ____ m ____ d / ____ a ____ a ____ a

8 Fecha de contratación del empleado:

Fecha: ____ m ____ d / ____ a ____ a ____ a

9 Último día trabajado antes de la licencia:

Fecha: ____ m ____ d / ____ a ____ a ____ a

10 ¿El empleado ha regresado al trabajo?

☐ Sí ☐ No

Fecha de regreso al trabajo: ____ m ____ d / ____ a ____ a ____ a ☐ Real ☐ Estimado

11 Título y descripción del puesto de trabajo del empleado: _____

12 Seleccione los días de la semana en que habitualmente trabaja el empleado:

☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo

Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - condición de salud del empleado

13 Salario semanal promedio:

Tome las 52 semanas de salario bruto anteriores a la presentación de la solicitud de reclamo. \$ _____

14 ¿El empleado que solicitó licencia previsible le dio 30 días de anticipación?

☐ Sí ☐ No

Fecha de aviso proporcionado al empleador: | m | m | d | d | a | a | a | a |
| _____ / | _____ / | _____ |

15 ¿El empleado ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios por esta licencia?

Tipo de beneficio	Recibido	Reclamado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
a. Prestaciones por desempleo (CESA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
b. Compensación laboral por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
c. Incapacidad a corto plazo (ITP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
d. Otro (enfermedad/licencias/tiempo libre remunerado u otra licencia paga por el empleador). Por favor, especifique. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

16 Licencia remunerada proporcionada por el empleador durante el período de licencia

Si el Empleador proporciona Licencia Pagada Acumulada u otra prestación salarial al Empleado Elegible durante un período de PFML, el Empleador es responsable de pagar únicamente la cantidad de Licencia Pagada Acumulada u otra prestación salarial que, combinada con el Monto del Beneficio Semanal, sea igual o inferior al salario semanal promedio del Empleado Elegible, de modo que este no reciba más del 100 % de su salario semanal promedio. El Empleado Elegible debe dar su consentimiento para el uso de la Licencia Pagada Acumulada durante los períodos de PFML.

“Licencia Pagada Acumulada” se refiere a la licencia obtenida o proporcionada a un Empleado Elegible de conformidad con un plan o póliza de beneficios ofrecido por el Empleador, incluyendo, entre otros, el Pago por Enfermedad (incluida la Licencia Pagada por Enfermedad de Delaware), vacaciones anuales, vacaciones pagadas, licencia personal, licencia compensatoria o tiempo libre remunerado. La licencia pagada acumulada no incluirá (i) una póliza o programa de discapacidad del Empleador; ni (ii) una póliza de Licencia Familiar o Médica Pagada del Empleador.

a. ¿El empleado utilizará alguna licencia paga acumulada durante el período de licencia solicitado?

☐ Sí (responda la pregunta b) ☐ No

b. ¿El empleado recibirá un reemplazo salarial durante todo o una parte del período de licencia solicitado?

☐ Sí (responda la pregunta i) ☐ No

i. Proporcione detalles sobre el tipo de reemplazo salarial y la(s) fecha(s) en que se pagará:

ii. En caso afirmativo, ¿el empleador solicita el reembolso? ☐ Sí ☐ No

*El reembolso solo está disponible si el empleador continuó pagando el salario durante la licencia.

Declaración y Firma:

AVISO: Es ilegal proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles.

Soy la persona autorizada a firmar como empleador del empleado que solicita beneficios bajo el programa de Seguro de Licencia Familiar y Médica de Delaware. Mi firma confirma que, en la medida de mis conocimientos, la información que he proporcionado es verdadera, precisa y completa. Cualquier declaración falsa o cualquier otra falta de información veraz, precisa y completa puede resultar en sanciones monetarias y de otra índole, así como en la posibilidad de un proceso penal.

Firma: _____

Fecha: | m | m | d | d | a | a | a | a |
| _____ / | _____ / | _____ |

¿Preguntas? Contáctenos al **877-369-0979**
o encuétranos en línea en **archinsurance.com/disability**