

Si trabaja en Delaware, puede solicitar el Seguro de Licencia Pagada de 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 licencias. Las vacaciones 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 del empleador 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

Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Condición grave de salud de un familiar

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:** _____

Información de licencia

8 **La relación del familiar con el empleado (reclamante) es:**
 Esposa Padre Hijo

9 **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 grave de salud de un familiar

10 ¿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: _____

11 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"/>	_____	_____

12 ¿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 CONTENGA 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 encuentrenos en línea en archinsurance.com/disability

Certificación de proveedor de atención médica de Delaware - Condición grave de salud de un familiar

10 Seleccione el tipo(s) de atención que brindará al miembro de la familia:

- Asistencia física (necesidades médicas básicas, actividades de la vida diaria, seguridad, nutrición, transporte)
- Asistencia psicológica (confort, tranquilidad, compañía, realización de tareas administrativas, cambios en la atención del familiar)

Sección 3: Certificación médica (debe ser completada por el proveedor de atención médica que está tratando al miembro de la

El empleado ("Solicitante") mencionado en la página 1 solicitó ausentarse del trabajo para cuidar a su paciente ("Familiar") debido a su condición de salud grave. Para que podamos tomar una decisión sobre la solicitud de beneficios de DE PFML de este empleado durante dicha ausencia, necesitamos que complete la información de las Secciones 1 a 4. Al completar esta certificación:

- Sus respuestas deben ser su mejor estimación basada en su conocimiento médico, experiencia y 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 que 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, como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(f), servicios genéticos, como se define en 29 C.F.R. § 1635.3(e), o la manifestación de enfermedades o trastornos en los familiares del empleado, 29 C.F.R. §1635.3(b).

11 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/ tendrá) 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.

Certificación de proveedor de atención médica de Delaware - Condición grave de salud de un familiar

12 Código de diagnóstico: _____

12a Descripción del diagnóstico: _____

13 Fecha de inicio del problema de salud: m m d d a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Fecha en que examinó por primera vez al paciente por esta condición de salud: m m d d a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

14 Última visita al consultorio: m m d d a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Próxima visita al consultorio: m m d d a a a a
 | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _ |

Proporcione su mejor estimación de cuánto tiempo duró o durará la condición de salud: _____

15 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

16 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 cada ___ semana(s) durante una duración de ___ día(s) por incidente;
- Mensual:** ___ vez cada ___ semana durante 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 cada ___ semana(s) durante una duración de ___ día(s) por instancia;
- Mensual:** ___ vez cada ___ semana durante una duración de ___ día(s) por instancia

Certificación de proveedor de atención médica de Delaware - Condición grave de salud de un familiar

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 y en la medida de mis posibilidades, y que soy un proveedor de atención médica autorizado para certificar su condición.

Firma: _____

Fecha: | ^m | ^m | / | ^d | ^d | / | ^a | ^a | ^a | ^a |

Solicitud de Pago por licencia médica y familiar (PFML) de Delaware - Condición grave de salud de un familiar

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: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ |

8 Fecha de contratación del empleado:

Fecha: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ |

9 Último día trabajado antes de la licencia:

Fecha: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ |

10 ¿El empleado ha regresado al trabajo?

Sí No

Fecha de regreso al trabajo: | __ __ / | __ __ / | __ __ __ __ | 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 grave de salud de un familiar

Nombre del empleado:

Salario semanal promedio:

13 Tome como referencia el salario semanal promedio de los cuatro trimestres naturales completos inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud de prestaciones. \$ _____

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

Sí No

Fecha de aviso proporcionado al empleador: | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _

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: | _ _ / | _ _ / | _ _ _ _

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