


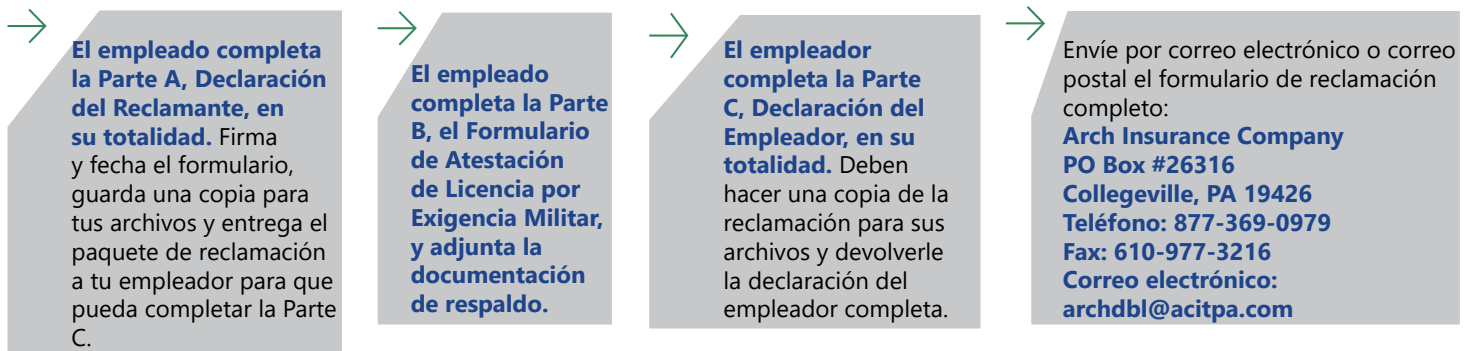


Si trabaja en Delaware, puede solicitar los beneficios del Pago de Licencia en Delaware. Arch Insurance revisará todas las solicitudes presentadas para determinar su elegibilidad. El empleado que solicita la licencia debe completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance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

## 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



## Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

### 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

\*Los beneficios descritos aquí están suscritos por Arch Insurance Company, NAIC n.º 11150, una compañía 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 DE PFML. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y el monto del beneficio, Arch podría compartir su información con su(s) empleador(es) actual(es) o anterior(es), y con los socios de DE PFML. Visite [archinsurance.com/disability](http://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](http://archinsurance.com/disability)

**Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar**

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

6 **Número de teléfono del empleado:** ( \_ \_ \_ ) - | \_ \_ \_ | - | \_ \_ \_ \_ \_ |

7 **Dirección de correo electrónico del empleado:** \_\_\_\_\_

8 **Información del empleador:**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** | \_ \_ | **Código postal** | \_ \_ \_ \_ \_ |

**Promedio de horas trabajadas/semana** | \_ | **Promedio de días trabajados por semana** | \_ | **Salario promedio (\$)** | \_ |

9 **¿La licencia será por un periodo de tiempo continuo o intermitente?**

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  
    | \_ \_ / | \_ \_ / | \_ \_ \_ \_ |      | \_ \_ / | \_ \_ / | \_ \_ \_ \_ |

Las fechas son estimadas

Intermitente      Identifique las fechas en las que se tomará la licencia intermitente: \_\_\_\_\_

Las fechas son estimadas      \_\_\_\_\_

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 **¿Ha recibido o reclamado alguno de los siguientes beneficios por esta licencia?**

Tipo de beneficio	Recibió	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"/>	_____	_____

# Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

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.*

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos 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. Certifico además que, si se pagan beneficios en exceso de la cantidad a la que tengo derecho, devolveré al pagador de dichos beneficios el monto pagado en exceso, y reconozco que, de no hacerlo, se podrán acumular intereses y otras sanciones.

Por la presente, solicito beneficios bajo el programa de 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:**

---

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

**¿Preguntas?** Contáctenos al **877-369-0979**  
o encuéntrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

## Parte B: Formulario de certificación de licencia por exigencia militar

### Sección 1: Información del empleado - Para que la complete el empleado

1 **Nombre legal del empleado:** \_\_\_\_\_  
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

2 **Número de Seguro Social:** \_ \_ - \_ - \_ \_ \_ \_

### Sección 2: Acerca del familiar militar

1 **Seleccione a su familiar. El familiar es su:**

Hijo (de cualquier edad)

Padre

Cónyuge

Las relaciones incluyen: relaciones biológicas, cuidado temporal, adoptivas, de padrastro o madrastra, y relaciones en representación de los padres, así como las mismas relaciones con el cónyuge del empleado, si corresponde.

2 **Nombre del miembro de la familia:** \_\_\_\_\_  
(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

3 **Dirección postal del miembro de la familia:**  
**Dirección** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** | \_ \_ | **Código postal** | \_ \_ \_ \_ \_ |

### Sección 3: Sobre la necesidad de licencia por exigencia que califica.

Si se aprueba, puede tomar una licencia por el servicio activo de su familiar o la notificación de un llamado o una orden inminente para el servicio activo en las fuerzas armadas. Debe adjuntar a esta certificación una copia de las órdenes de servicio activo del familiar u otra documentación emitida por las fuerzas armadas que indique que el familiar está en servicio activo cubierto o que ha sido llamado para el servicio activo cubierto, como la correspondencia militar oficial de la cadena de mando del miembro militar. Por cada motivo marcado, presente la documentación o información de respaldo para agilizar el proceso de su solicitud. Es posible que necesitemos otra información o documentación necesaria para respaldar su solicitud.

1 **Necesito una licencia por los siguientes motivos. Marque todos los que correspondan:**

Proporcionar atención u otras necesidades del hijo de un miembro de la familia militar u  otro miembro de la familia

Realizar arreglos financieros o legales para el miembro de la familia en servicio militar

Asistir a consejería  Asistir a eventos o ceremonias militares

Pasar tiempo con el familiar militar durante una licencia de descanso/recuperación o después de regresar del despliegue.

Realizar arreglos después de la muerte del familiar en servicio militar.

2 **¿Hay documentación escrita disponible y adjunta que respalde esta solicitud de licencia?**

Sí  No  no disponible

# Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar

## Sección 4: Fecha, duración y frecuencia de la licencia por exigencia que califica

**Proporcione** información sobre la duración de la licencia necesaria. Varias preguntas en esta sección buscan información sobre la frecuencia o duración de la licencia por exigencia que califique. Sea lo más específico posible; términos como "desconocido" o "indeterminado" podrían no ser suficientes para justificar la cobertura de la licencia remunerada.

Si necesita diferentes fechas, duración o frecuencia de licencia debido a más de una exigencia justificada, proporcione la información a continuación para cada motivo. Puede utilizar el espacio a continuación, copias de esta página o páginas adicionales.

**1 Enumere la fecha aproximada en que comenzó o comenzará la licencia:** \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

**2 Proporcione su mejor estimación de la duración de la licencia. Desde:** \_\_\_\_\_ **hasta:** \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

Complete los puntos 3 y 4 según corresponda:

**3 Debido a una licencia por exigencia que califica, necesitaré ausentarme del trabajo por un período continuo. Proporcione su mejor estimación de la duración de la licencia. Desde:** \_\_\_\_\_ **hasta:** \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

**4 Debido a la exigencia calificada, necesitaré ausentarme del trabajo de forma intermitente (periódicamente). Indique su mejor estimación de la frecuencia con la que deberá ausentarse y la duración de cada cita, reunión o ausencia.**  
Desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_, estaré ausente \_\_\_\_\_ veces por  día/  semana/  mes,  
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)  
probablemente dure aproximadamente \_\_\_\_\_  días por episodio.

**5 Utilice este espacio para proporcionar la información solicitada en los puntos 3 y 4 en cuanto a motivos adicionales de licencia por exigencia, si hay más de uno, y/o para proporcionar cualquier información de respaldo adicional:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sección 5: Firma del empleado

Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta, la documentación que estoy proporcionando es verdadera y precisa, y necesito una licencia por exigencia militar que califica según lo dispuesto por Licencias Pagadas en Delaware.

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar**

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 salir:**

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 Por favor marque las casillas correspondientes:**

Exento  No exento  Tiempo completo  Tiempo parcial  Por hora Horas/semana: \_\_\_\_\_

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

Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo

**Solicitud de seguro de licencia médica y familiar de Delaware | Licencia por exigencia militar**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

**14 Salario semanal promedio:**  
Tome como referencia el salario semanal promedio de los cuatro trimestres naturales completos inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud de prestaciones. \$ \_\_\_\_\_

**15 ¿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 |

**16 ¿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"/>	_____	_____

**17 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 encuéntrenos en línea en [archinsurance.com/disability](http://archinsurance.com/disability)

25-10-DBL30