



Certificación de vinculación de un menor en transición directamente desde la licencia por maternidad/paternidad.


Si trabaja en Massachusetts, puede solicitar la licencia familiar y médica pagada (PFML). Arch Insurance evaluará todas las solicitudes para determinar su elegibilidad para los beneficios. El empleado que solicita la licencia de maternidad/paternidad deberá completar esta certificación. Esta certificación se compartirá con Arch Insurance y su empleador*.


Este formulario **es** necesario para:

 **Licencia por Maternidad/Paternidad** para vincularse en la **transición directamente desde la licencia por Maternidad/Paternidad**.

Este formulario **no** es necesario para:

 **Licencia médica** por su propia condición médica grave.

 **Licencia familiar** para cuidar a un familiar con una condición médica grave relacionada con el servicio militar.

 **Licencia familiar** para cuidar a un miembro de la familia con una condición de salud grave relacionada con el servicio militar.

Cómo utilizar este formulario

→ El empleado que solicita el pago por licencia pagada de maternidad/paternidad deberá completar **todas las preguntas**.

→ El empleado debe presentar el formulario completado como parte de su solicitud de licencia pagada. **El contenido de este formulario se compartirá con Arch Insurance y con su empleador.**

*Empleado

→ Escriba su nombre, número de seguro social y número de reclamo de maternidad/paternidad (si se recibió) en la parte superior de la **página 1** antes de enviar.

→ Envíe el **formulario completo** y la documentación de respaldo a Arch Insurance. Los beneficios se retrasarán o se rechazarán sin la documentación de certificación correspondiente.

*Empleado

→ Envíe el formulario de reclamo completado por correo electrónico o por correo a:
Arch Insurance Company
P.O. Box 26316, Collegeville, PA 19426
Teléfono: 877-369-0979 | Fax: 610-977-3216
Correo electrónico: archdbl@acitpa.com

*Los beneficios mencionados aquí están respaldados por Arch Insurance Company, n.º de NAIC 11150, una empresa miembro de Arch Insurance Group, Inc. ("Arch"). Consulte su póliza para saber más sobre los términos y condiciones. La información que presente a Arch en este formulario se utilizará para administrar los beneficios de la PFML. Para procesar su solicitud de reclamo y determinar su elegibilidad y la cantidad del beneficio, Arch puede compartir su información con su empleador actual o anterior y con los socios estatales del Departamento de Licencias Familiares y Médicas (DFML). Visite archinsurance.com/disability o llame al 877-369-0979 para obtener más información.

¿Preguntas? Llámenos al **877-369-0979**
o visítenos en archinsurance.com/disability.

***Empleado** Empleado que solicita la licencia:

1 Información sobre la vinculación con un menor

1 **Número de seguridad social:** _ _ - _ - _ _ _ _

2 **Número de reclamo de maternidad:** _____

3 **Fecha de nacimiento del menor:** | m m / | d d / | a a a a |

4 **Sexo del menor** Masculino Femenino No designado/Otro

5 **¿Vive el menor con el empleado que solicita la licencia familiar pagada (PFL)?** Sí No

6 **Elija una de las siguientes opciones y adjunte la documentación necesaria como prueba de la relación:**

Madre biológica:

- Certificado de embarazo emitido por el proveedor de atención médica (incluyendo la fecha prevista de parto Y el nombre de la madre) O
- Certificado de nacimiento emitido por el proveedor de atención médica (incluyendo la fecha de nacimiento Y el nombre de la madre) O
- Certificado de nacimiento del menor

7 **Sera la licencia por un periodo de tiempo continuo y/o periódico?**

Continuo **Fecha de Inicio de Licencia** **Fecha de finalizacion de Licencia**

| m m / | d d / | y y y y | | m m / | d d / | y y y y |

Las fechas son estimadas

Periódico **Identificar las fechas en las que se tomarán las vacaciones periódicas:** _____

Las fechas son estimadas _____

¿Preguntas? Llámenos al 877-369-0979 o visítenos en archinsurance.com/disability.

*Empleado

Empleado que solicita la licencia:

Toda persona que, a sabiendas y con el fin de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que tenga información considerablemente falsa u oculta, con el objetivo de engañar, información relacionada con un hecho importante, cometerá un acto de fraude contra la compañía de seguros, lo que es un delito, y estará sujeta a penalizaciones civiles que no superarán los cinco mil dólares ni el valor declarado del reclamo por cada infracción.

Por la presente, solicito los beneficios de la licencia familiar pagada. Con mi firma, declaro que la información que doy es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

8 Firma del empleado:

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

+ Proveer

Escriba sus iniciales aquí para indicar que completó esta página: _____

¿Preguntas?

Llámenos al 877-369-0979 o visítenos en [archinsurance.com/disability](https://www.archinsurance.com/disability).