



BENEFITS

Benefit Administrators, Inc.
Claims Division
4615 Walzem Road, Suite 300
San Antonio, TX 78218-1610
1-210-349-9801 • 1-800-899-WELL (1-800-899-9355)

For FCE use only/Para uso exclusivo de FCE
Plan No./No. Plan [] Claim No./No. Reclamo []

DISABILITY CLAIM FORM

Employer/Patrón
Employee's Name/Nombre del Empleado Date of Birth/Fecha de Nacimiento
Home Address/Domicilio City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal
Home Phone # /# Telefono de Casa() Social Security Number/Número del Seguro Social / /
Employee's Signature Firma del Empleado Date/Fecha

EMPLOYER'S STATEMENT/DECLARACION DEL PATRÓN

Employee's Name/Nombre del Empleado Plan Number/Número del Plan Is this sickness or injury related to any employment? Yes ___ No ___
Job Title and Duties/Título del Trabajo y Funciones Date Employed/Fecha de Inicio del Empleo Hours Worked Weekly/Número de Horas Trabajadas a la Semana
When did employee become totally disabled?/Cuando se convirtió el empleado en incapacitado total? Date/Fecha
When did employee return to light work?/Cuándo volvió el empleado a realizar trabajo ligero? Date/Fecha
When did employee return to full time work?/Cuándo volvió el empleado a realizar trabajo completo? Date/Fecha
If not returned when expected to return?/Si no volvió la fecha esperada? Date/Fecha
Is he still employed?/Sigue empleado? Yes/Sí ___ No ___
Was he laid off?/Fué despedido? Yes/Sí ___ No ___
Was leave of absence granted?/Se le concedió permiso de ausencia? Yes/Sí ___ No ___
Was employment terminated?/Se terminó el empleo? Yes/Sí ___ No ___
Employee Coverage Effective Cobertura Efectiva del Empleado Date/Fecha
Dependent Coverage Effective Cobertura Efectiva del Dependiente Date/Fecha
Monthly Insurance Premium Prima del Seguro Mensual \$ ___
Previous Claims on Employee or Dependent?/Reclamos Previos Sobre el Empleado o Dependiente? Yes/Sí ___ No ___
Signed on behalf of employer by: Firmado de parte del patrón por: Date/Fecha Title or position/Título o posición

PHYSICIAN INFORMATION / INFORMACION DEL MEDICO

Date of/Fecha: Illness (first symptom) or injury (accident) or pregnancy (LMP) Enfermedad (primer síntoma) o lesión (accidente) o embarazo (LMP)
Date first consulted you for this condition. Fecha de la primera consulta por este motivo.
Has patient ever had same or similar symptoms?/Tuvo el paciente alguna vez estos síntomas o similares Yes/Sí ___ No ___
Date patient able to return to work. Fecha en que el paciente puede volver al trabajo.
Dates of total disability./Fechas de incapacidad total. From/Desde ___ Through/Hasta ___
Dates of partial disability./Fechas de incapacidad parcial. From/Desde ___ Through/Hasta ___
Name of referring physician/Nombre del médico examinador
For services related to hospitalization give hospital dates. Para aquellos servicios relacionados con una hospitalización proporcione fechas de hospitalización. Admitted/Entrada ___ Discharged/Salida ___
Name and address of facility where services rendered (if other than home or office) Nombre y dirección del centro que proporcionó los servicios (si no fué en el hogar o en la oficina)
Was laboratory work performed outside your office? Se realizó trabajo de laboratorio fuera de su oficina? Yes/Sí ___ No ___
Diagnosis or nature of illness or injury/Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión.
1.
2.
3.
4.
Physicians address, zip code and telephone no. Dirección del médico, código postal y no. teléfono.

Signed Firmado

ALL QUESTIONS MUST BE FULLY ANSWERED OR DELAY WILL RESULT.
TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS COMPLETAMENTE O SE PRODUCIRA UN RETRASO.