

# Seguro Choferil

## SOLICITUD DE BENEFICIOS POR ENFERMEDAD PARA TRABAJADORES QUE DEBEN ESTAR ASEGURADOS POR LA LEY NUMERO 428

### USO DE OFICINA

<i>Entregado por</i>	<i>Fecha</i>

USTED DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO SI ES UN TRABAJADOR A QUIEN SU PATRONO LE PERMITE O LE REQUIERE CONDUCIR VEHÍCULOS DE MOTOR, EN FORMA USUAL Y REGULAR, COMO PARTE DEL EMPLEO

o

SI USTED ES DUEÑO DE UN VEHÍCULO DE MOTOR, REGISTRADO A SU NOMBRE, EN EL NEGOCIADO DE VEHÍCULOS DE MOTOR DEL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS, EL CUAL ES CONDUCIDO POR USTED Y DEDICADO AL SERVICIO DE TRANSPORTE PÚBLICO DE PERSONAS, ANIMALES O COSAS.

LA LEY DE SEGURO SOCIAL CHOFERIL CONCEDE UN TERMINO DE NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD PARA RADICAR UNA SOLICITUD POR CONCEPTO DE ENFERMEDAD.

AL TRABAJADOR ENFERMO LE CORRESPONDE LLENAR LA PARTE **A** (INFORME DEL RECLAMANTE) DE ESTE FORMULARIO. SU PATRONO DEBERÁ COMPLETAR LA PARTE **B** (INFORME PATRONAL) LA PARTE **C** (CERTIFICADO MÉDICO) LA DEBERÁ COMPLETAR UN MÉDICO AUTORIZADO A EJERCER LA PROFESIÓN DE MEDICINA EN PUERTO RICO.

UNA VEZ HAYA COMPLETADO LA SOLICITUD, PODRÁ ENTREGARLA PERSONALMENTE EN CUALQUIERA DE NUESTRAS OFICINAS O ENVIARLA POR CORREO A ESTA DIRECCIÓN:

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos  
Programa de Seguro Social para Choferes y Otros Empleados  
Edificio Prudencio Rivera Martínez - 9no. Piso  
Ave. Muñoz Rivera 505 - Hato Rey Puerto Rico 00918

Tels: 754-5287 ó 754-5290 Facsímil: 754-9224

**Parte A**

**Informe del reclamante**

1. Nombre y Apellidos (paterno y materno)		2. Número Seguro Social		3. Sexo <input type="checkbox"/> M ----- <input type="checkbox"/> F																
4. Dirección postal (Incluya "Zip Code")			5. Dirección residencial																	
6. Teléfono:																				
6. Fecha de nacimiento (mes,día, año)		7. Ocupación		8. Antes de la enfermedad, trabajé hasta: Fecha (mes,día, año)																
9. Núm. Licencia conducir _____ Fecha vencimiento (mes, día, año) _____		11. Explique cómo, dónde y en qué fecha ocurrió su enfermedad																		
Mis patronos durante los últimos 6 años fueron : <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">NOMBRE DE PATRONOS</th> <th style="width:20%;">FECHAS DE TRABAJO DESDE</th> <th style="width:20%;">HASTA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>		NOMBRE DE PATRONOS	FECHAS DE TRABAJO DESDE	HASTA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	12. Establecí reclamación en : 13. Fondo del Seguro del Estado.....Caso Núm:----- 14. ACAA.....Caso Núm:-----  14. Estuve hospitalizado (a) <input type="checkbox"/> tres (3) días o más en SI NO  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Nombre del Hospital <input type="checkbox"/>                      _____                 </div>			
NOMBRE DE PATRONOS	FECHAS DE TRABAJO DESDE	HASTA																		
_____	_____	_____																		
_____	_____	_____																		
_____	_____	_____																		
_____	_____	_____																		
13. Durante mi enfermedad recibí ingresos de:		DESDE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>MES</span> <span>DIA</span> <span>AÑO</span> </div> HASTA _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>MES</span> <span>DIA</span> <span>AÑO</span> </div>																		
A. Mi patrono Vacaciones regulares _____ Licencia por enfermedad _____ Licencia por maternidad _____ B. Seguro por Desempleo _____ C. SINOT _____ D. Fondo Seguro del Estado _____ E. Seguro de la ACAA _____ F. Otros (especifique)* _____		15. Regresé a trabajar en:  Fecha : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>MES</span> <span>DIA</span> <span>AÑO</span> </div>																		
16. Estoy radicando esta solicitud después de tres meses del comienzo de mi enfermedad por las siguientes razones: (De ser necesario utilice hoja adicional)				USO OFICIAL (Veáse expediente)  <input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> DENEGADO																
<b>CERTIFICACION</b>																				
Certifico que estoy o estuve impedido para trabajar y que toda la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Sé que la Ley, en sus Artículos 17 y 18, impone penas graves - - como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal - - por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios por enfermedad.																				
Firma del reclamante (o marca, si no sabe firmar)				Fecha																
<b>AUTORIZACION</b>																				
Autorizo al Programa de Seguro Social para Choferes y Otros Empleados del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos, a obtener y ofrecer, toda la información necesaria para el trámite de mi solicitud, incluyendo la certificación médica.																				
Firma del reclamante (o marca, si no sabe firmar)				Fecha																

**NOTA: INCLUYA COPIA DE SU LICENCIA DE CONDUCIR.**

**PARTE B****INFORME PATRONAL**

1. Nombre del (la) trabajador (a)		2. Número Seguro Social
3. Ocupación	4. ¿Se le requiere licencia de conducir para trabajar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	5. Último día de trabajo
6. Regresó a trabajar (Mes, día y año)		7. Razón de cesantía (Si aplica)

8. El trabajador conduce vehículos de motor como parte del empleo

DESDE:

**NOTA:** ESTA PREGUNTA NO APLICA A EMPLEADOS DE EMPRESAS PRIVADAS. SI LA CONTESTACION ES AFIRMATIVA, INDIQUE LO SIGUIENTE.

9. ¿Hizo algún pago al empleado durante la enfermedad?

SI  NO

Si contesta **NO**, favor pasar a la pregunta número **10**.

TIPO DE PAGO	PERIODO PAGADO	
	DESDE	HASTA
VACACIONES		
LICENCIA POR ENFERMEDAD		
LICENCIA POR MATERNIDAD		
OTROS (ESPECIFIQUE)		

10. Nombre de la Compañía (use letra de molde)

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_

Número Cuenta Seguro Choferil

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CERTIFICACION**

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Sé que la Ley, en sus Artículos 17 y 18, impone penas graves - - como multas, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal - - por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por enfermedad.

\_\_\_\_\_  
Firma del patrono

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARTE C****CERTIFICADO MEDICO**

1. Nombre del paciente	2. Diagnóstico (Datos médicos que, según su conocimiento, impidan al Paciente para trabajar y conducir vehículos de motor) Use letra de molde.  _____  _____  _____
3. Período de enfermedad  DESDE _____ HASTA _____ Mes Día Año Mes Día Año	6. Hasta que fecha, aproximada, entiende usted que el paciente estará impedido para trabajar.  Fecha: _____ Mes Día Año
4. Número Récord Médico	5. ¿El paciente estuvo hospitalizado por tres (3) días o más?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  DESDE _____ HASTA _____ Mes Día Año Mes Día Año
Nombre del Hospital: _____	

**CERTIFICACION**

Certifico que la información indicada arriba es correcta, y que soy médico autorizado a ejercer la profesión de medicina. Sé que la Ley Núm. 428 de 1950, en sus Artículos 17 y 18, impone penas graves - - como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal - - por ofrecer información falsa relativa a una reclamación por enfermedad.

Nombre del Médico (use letra de molde): \_\_\_\_\_

Dirección (use letra de molde): \_\_\_\_\_ Núm. Licencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARA MAS INFORMACION PUEDE UTILIZAR LOS SERVICIOS DE NUESTRAS OFICINAS DE AREA.

**ARECIBO**

Centro Gubernamental  
Ave. Los Rotarios 372 - Apto. 205-A  
Arecibo PR 00612 Tel. 878-5040

**CAROLINA**

Calle Ignacio Arzuaga #1  
Apartado 808 - Carolina, PR 00986-0807  
Tel. 769-3965

**SAN JUAN**

Edif. Barreras - Ave. Barbosa 602  
Hato Rey PR 00917  
Tel. 753-7719

**BAYAMON**

Carr. #2 Marginal - Jard. De Caparra  
Apto. 4149 - Bayamón PR 00958  
Tel. 780-6262

**MAYAGUEZ**

Ave. Hostos 302 #828 Edif. Villa Capitán II  
Mayaguez PR 00680-1537  
Tel. 8332-4454

**CAGUAS**

Centro Gubernamental  
Calle Acosta Esq. Goyco - Apto. 5727  
Caguas PR 00625 Tel. 743-6790

**PONCE**

Centro Gubernamental  
Ofic. 409 - Ave. Hostos & Ave. Las América  
Ponce PR 00731 - Tel. 842-9612

**OFICINA CENTRAL**

Edif. Prudencio Rivera Martínez - 9no. Piso  
Ave. Muñoz Rivera 505 - Hato Rey PR 00918  
Tel. 754-5287