

Cómo informar una ausencia o incapacidad



¡Apoyo personalizado en
cada paso del camino!



TOYODA GOSEI



Cómo informar una ausencia o incapacidad

Esta guía explica los pasos que debe seguir cuando se ausenta del trabajo por una licencia o incapacidad. Desprenda la tarjeta de autorización y guarde la guía para consultarla en el futuro.

¿Cuándo debo informar una ausencia o incapacidad?

Primero, infórmele su ausencia por licencia o incapacidad a su oficina de Recursos Humanos y a su supervisor. Luego, infórmele a Prudential cuando:

- Estará ausente durante más de 3 días y recibe atención de un médico.
- Lo hospitalizan por un tiempo.
- Está cuidando a un familiar calificado enfermo o lesionado (cónyuge, padre o madre, o hijo dependiente).
- Está embarazada o falta al trabajo por complicaciones con el embarazo.
- Se ausentará en forma periódica debido a una afección incapacitante crónica o permanente suya o de un familiar calificado.
- Está cuidando a un hijo recién nacido, recién adoptado o que está a su cuidado.
- Se ausenta por otras razones descritas en la política sobre ausencias de Toyoda Gosei o definidas por las regulaciones estatales.
- Se ausenta por una lesión laboral que le hace perder tiempo, después de informárselo a su oficina de Recursos Humanos y a su supervisor.

Informe a Prudential una ausencia por:

- | | |
|---|--|
| ■ Licencia empresarial | ■ Duelo |
| ■ Incapacidad a corto plazo (STD) | ■ Servicio militar |
| ■ Licencia por razones médicas familiares (FML) | ■ Lesión laboral que le hace perder tiempo, después de informárselo a su oficina de Recursos Humanos y a su supervisor |
| ■ Incapacidad a largo plazo (LTD) | |
| ■ Servicio de jurado | |

¿Cómo puedo informar una ausencia o incapacidad?

Para informar una ausencia o incapacidad tiene las siguientes opciones:

- Llame al **877-FOR-PRU1 (877-367-7781)** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este. Puede hablar con uno de nuestros profesionales o seguir las indicaciones para grabar la información sobre su ausencia o incapacidad.
- Use el código QR para iniciar sesión en **www.prudential.com/mybenefits**. Haga clic en “Reclamaciones y Ausencias” y luego en “Presentar una reclamación/Informar una ausencia”. Allí, puede introducir su información y descargar todos los formularios que necesite.

Tenga preparada esta información:

Tenga a mano la siguiente información:

- Nombre de la empresa: Toyoda Gosei
- Número de control de la empresa: 70367
- ID de empleado o número del Seguro Social
- Razón de la ausencia
- Fecha de inicio de la ausencia
- Horario de trabajo
- Fecha en que espera regresar al trabajo
- Si su ausencia se debe a una enfermedad o lesión, el nombre, el fax y el número de teléfono del médico que lo trata
- Si está cuidando a un familiar calificado, su relación con usted

¿Cuándo debo volver a comunicarme con Prudential?

Notifíquenos por teléfono o Internet si:

- Tiene información actualizada
- No puede regresar al trabajo en la fecha planeada
- Está regresando al trabajo o ya lo ha hecho
- Desea informar su fecha de parto
- Desea informar tiempos en una ausencia intermitente
- Necesita formularios

Tarjeta de autorización para informar una ausencia o incapacidad

Pasos que debe seguir cuando se ausenta

Toyoda Gosei
Control N.º 70367

■ Notifique a su oficina de Recursos Humanos y a su supervisor.

■ Llame a Prudential al **877-FOR-PRU1 (877-367-7781)** de lunes a viernes, de 8:00 a.m a 8:00 p.m. hora del Este, 0

Use el código QR de abajo para iniciar sesión en www.prudential.com/mybenefits y haga clic en “Reclamaciones y Ausencias” y luego en “Presentar una reclamación/Informar una ausencia”.

■ Haga una copia de esta autorización.

■ Firme y coloque la fecha en la copia.

■ Entréguele la copia a su médico para que la archive.

■ Guarde el original en blanco. No le ponga la fecha ni lo firme.



Debe fotocopiar esta tarjeta completa y entregársela a su médico para que divulgue información. Firme y coloque la fecha en la copia.

Si informa una ausencia solo por FML u otra ausencia comparable, que no sean ausencias por incapacidad, no tiene que firmar y usar la autorización que sigue.

Esta autorización no es para usar con ausencias por FMLA o similares.

Se incluirá una autorización para divulgar información específica sobre ausencias por FML o de otro tipo que no sean por su incapacidad en las comunicaciones que le enviaremos por correo después de que haya informado su ausencia o puede obtenerla llamando al número que aparece más arriba.

Autorización para divulgar información a The Prudential Insurance Company of America

Esta autorización está destinada a cumplir con la regla de privacidad de la HIPAA.

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de la atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor de atención médica que me ha proporcionado tratamiento, pago o servicios a mí o en mi nombre (“mis proveedores”) a divulgar mi historial médico completo y cualquier otra información de salud relacionada conmigo a The Prudential Insurance Company of America (Prudential) y sus agentes, empleados y representantes. Esto incluye información sobre el diagnóstico o tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermedades de transmisión sexual. También incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia.

Con mi firma al pie reconozco que cualquier acuerdo que haya celebrado para restringir mi información sanitaria protegida no se aplica a esta autorización e instruyo a mis proveedores a liberar y divulgar todo mi historial médico sin restricciones.

Esta información se deberá divulgar bajo esta autorización para que Prudential pueda: 1) administrar reclamaciones y determinar o cumplir con la responsabilidad de cobertura y provisión de beneficios; 2) obtener reaseguro; 3) administrar la cobertura; y 4) llevar a cabo otras actividades legales aprobadas que se relacionen con cualquier cobertura que yo tenga o haya solicitado a Prudential.

Esta autorización permanecerá vigente durante 24 meses después de la fecha de mi firma al pie, mientras la cobertura esté vigente, excepto en la medida en que la ley del estado imponga una duración menor.

Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una solicitud escrita de revocación a Prudential a la dirección: P.O. Box 13480, Philadelphia, PA 19176. Entiendo que una revocación no tendrá vigencia en la medida en que cualquiera de mis proveedores se haya valido de esta autorización o en la medida en que Prudential tenga derecho legal a impugnar una reclamación bajo una póliza de seguro o a impugnar la póliza propiamente dicha. Entiendo que toda la información divulgada conforme a esta autorización puede volverse a divulgar y ya no está cubierta por las reglamentaciones federales que rigen la privacidad y confidencialidad de la información sanitaria.

Entiendo que si me niego a firmar esta autorización a divulgar todo el historial médico, es posible que Prudential no pueda procesar mi reclamación de beneficios y no esté en condiciones de efectuar ningún pago de beneficios. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Las declaraciones hechas por mí en esta reclamación son verdaderas y están completas.

Firma del empleado/reclamante

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.

Notificación importante

Advertencias sobre fraude con reclamaciones por incapacidad

Para los residentes de todos los estados y jurisdicciones excepto Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Delaware, el Distrito de Columbia, Florida, Idaho, Indiana, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Carolina del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Virginia Occidental;

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros u otra persona, o que, a sabiendas de que él o ella está facilitando la perpetración de un fraude, proporcione información o datos incompletos, falsos, fraudulentos, falaces o engañosos cuando presente una solicitud de seguro o una reclamación de pago por una pérdida o beneficio, comete un acto fraudulento, es/puede ser culpable de un delito y se la puede procesar y castigar conforme a la ley del estado. Las penas pueden incluir multas, daños civiles y sanciones penales, incluido el encarcelamiento. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha proporcionado información falsa relacionada materialmente con una reclamación o si el solicitante oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello.

RESIDENTES DE ALABAMA: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas compensatorias o encarcelamiento o una combinación de las dos.

RESIDENTES DE ALASKA: Una persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser procesada conforme a la ley del estado.

RESIDENTES DE ARIZONA: Para su protección, las leyes de Arizona exigen que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida falsa o fraudulenta, está sujeta a sanciones penales y civiles.

RESIDENTES DE ARKANSAS, EL DISTRITO DE COLUMBIA, LOUISIANA, MASSACHUSETTS, RHODE ISLAND Y VIRGINIA OCCIDENTAL: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

RESIDENTES DE CALIFORNIA Y TEXAS: Para su protección, las leyes de California y Texas exigen que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar una cobertura de seguro o presente una reclamación de pago por una pérdida que sea falsa o fraudulenta, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

RESIDENTES DE COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, que le nieguen el seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o al reclamante, en relación con la liquidación o compensación pagadera por los beneficios del seguro, será denunciada a la división de seguros del departamento de agencias reguladoras de Colorado.

RESIDENTES DE DELAWARE: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

RESIDENTES DE FLORIDA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una reclamación o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.

RESIDENTES DE IDAHO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

RESIDENTES DE INDIANA: Una persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una aseguradora presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.

RESIDENTES DE KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito.

RESIDENTES DE MAINE, TENNESSEE, VIRGINIA Y WASHINGTON: Es un delito presentar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las penas incluyen encarcelamiento, multas o que le nieguen los beneficios del seguro.

RESIDENTES DE MARYLAND: Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación de pago por una pérdida o beneficio falsa o fraudulenta o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

RESIDENTES DE MINNESOTA: Una persona que presente una reclamación con la intención de estafar o que ayude a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

RESIDENTES DE NEW HAMPSHIRE: Cualquier persona que, con la intención de lesionar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a acciones judiciales y castigos por fraude con seguros, tal como lo establece la RSA 638:20.

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY: Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro está sujeta a sanciones civiles y penales.

RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO: CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE PAGO POR UNA PÉRDIDA O BENEFICIO FALSA O FRAUDULENTO O QUE, A SABIENDAS, PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PUEDE ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

RESIDENTES DE NUEVA YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello, comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito, y también estará sujeta a sanciones civiles que no excederán el monto de cinco mil dólares y el valor declarado en la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE CAROLINA DEL NORTE: Cualquier persona que, con la intención de lesionar, estafar o engañar a una aseguradora o a un reclamante del seguro, sepa que la declaración que presenta contiene información falsa sobre un hecho o asunto que tenga relación material con la reclamación, puede ser culpable de un delito grave de clase H.

RESIDENTES DE OHIO: Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude con seguros.

RESIDENTES DE OKLAHOMA - ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación de beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

RESIDENTES DE OREGON: Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando una estafa contra una compañía de seguros, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude con seguros.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito, y causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

RESIDENTES DE PUERTO RICO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o cause la presentación de una reclamación fraudulenta de pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, además del encarcelamiento, será sancionada por cada infracción con una multa no menor a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) y no mayor a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000) o con un período fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. Si hubiera circunstancias agravantes, la pena establecida podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años y, si hubiera circunstancias atenuantes, se podrá reducir a un mínimo de dos (2) años.

RESIDENTES DE UTAH: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o reclamación que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier dato que tenga importancia material con ello comete un acto fraudulento contra el seguro, lo que constituye un delito, y causa que dicha persona esté sujeta a sanciones civiles y penales.

RESIDENTES DE VERMONT: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación de pago de una pérdida falsa o fraudulenta o haga, a sabiendas, declaraciones falsas en una solicitud de seguro, puede ser culpable de un delito penal conforme a las leyes del estado.



Produced with the environment in mind.

Las coberturas grupales por incapacidad a corto y largo plazo son emitidas por The Prudential Insurance Company of America, 751 Broad Street, Newark, NJ 07102. Serie contractual: 83500.

Consulte el cuadernillo-certificado para obtener todos los detalles del plan, incluidas las exclusiones, limitaciones y restricciones que correspondan. En caso de discrepancia entre este documento y el contrato grupal emitido por Prudential, regirán los términos del contrato grupal.

Residentes de Nueva York: Esta póliza proporciona únicamente seguro de ingresos por incapacidad. NO proporciona seguro hospitalario básico, seguro médico básico ni seguro médico mayor tal como lo define el Departamento de Servicios Financieros de Nueva York.

Residentes de Carolina del Norte: ESTE NO ES UN PLAN COMPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, revise la Guía del seguro de salud para las personas con Medicare, que está disponible en la empresa.

© 2017 Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas.

Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo del peñón (the Rock) son marcas de servicio de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones de todo el mundo.

GL.2017.140 Ed. 0323

004184-0525