





b. Si está visitando otros médicos para tratar su condición, someta la siguiente información y provea historial médico.

Nombre: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Tratamiento: _____
_____	_____
_____	_____

Nombre: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Tratamiento: _____
_____	_____
_____	_____

26. Ha estado hospitalizado recientemente debido a su condición? (Proveer evidencia) **Sí** **No**

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo de la hospitalización: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento o Medicamentos recibidos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. Se le han realizado pruebas o laboratorios relacionados con su condición? (Provea copia de los mismos)

Sí	No	¿Cuáles?
1. _____		3. _____
2. _____		4. _____

CERTIFICO que la información suministrada es correcta. Autorizo al Sistema de Retiro de la Universidad de Puerto Rico a realizar las investigaciones que estime pertinentes a los efectos de corroborar la información expuesta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Un historial médico debe contener la siguiente información:

1. Diagnósticos y descripción de las condiciones
2. Resultados médicos
3. Como esas condiciones afectan sus actividades, especialmente las relacionadas con el trabajo.
4. Tratamiento y medicación
5. Pronóstico y Recomendación

## REQUISITOS GENERALES

Antes de llenar esta solicitud el participante debe visitar o escribir a la Sección de Beneficios del Sistema de Retiro para asegurarse que cumple con los requisitos de pensión impuestos por la certificación que cobija su participación.

### Favor contestar todas las preguntas.

- ❖ **Persona contacto: Alguien a quien el participante autoriza a recibir y ofrecer información en caso de que no se logre comunicación con él. (Pregunta #15)**
- ❖ **C55, C94, C139 se refiere a las Certificaciones de la Junta de Síndicos número 55 – Suplementación; 94 – Tope \$50 mil; 139 – Tope \$60 mil; SNC= Servicios no cotizados**

### I. Requisito básico indispensable

**Todo solicitante de pensión por incapacidad debe estar en servicio activo –trabajando- o vinculado al servicio por algún tipo de licencia.**

#### A. Incapacidad Ocupacional

- a. La condición incapacitante debe:
  - i. Haber surgido en el cumplimiento de sus deberes y
  - ii. Ha sido cubierto por las disposiciones de la Ley de Compensaciones por Accidentes del Trabajo administrada por el Fondo del Seguro del Estado.
- b. Incapacidad No Ocupacional  
Tener 10 años de servicio acreditados.

### II. Documentos requeridos

Con esta Solicitud debe incluir:

1. Certificado de Nacimiento **original** con fecha reciente, o en su defecto y orden de preferencia:
  - a. Certificación negativa del Registro Demográfico acompañado del Certificado de Bautismo, o
  - b. Certificaciones negativas del Registro Demográfico y del Certificado de Bautismo acompañadas de una Certificación de la Junta Estatal de Elecciones donde conste su edad a la fecha de la inscripción o
  - c. Copia pasaporte vigente
2. Designación de Beneficiarios (se proveerá)
3. Tres (3) fotos a colores tamaño 2" x 2"
4. Certificado para la Exención Retención Contributiva (se proveerá)
5. Certificación de ASUME
6. Copia del recibo de facturación de agua (AAA) – para verificar dirección
7. Hoja de Divulgación de Información Confidencial (se proveerá)
8. Certificado Oficina Recursos Humanos indicando:
  - a. status de empleo a la fecha de la solicitud
  - b. funciones esenciales del puesto que ocupa al momento de la solicitud
9. Evidencia médica - Historial médico de la condición o condiciones por las que solicita pensión.
10. Si es por Incapacidad Ocupacional debe incluir, además, el documento del FSE que establece la relación causal.
11. Autorización depósito electrónico (opcional). Si autoriza el depósito directo favor incluir copia de un cheque nulo o cancelado y/o del estado bancario.

### III. Condiciones

1. No se aceptarán solicitudes que no cumplan con el requisito básico.
2. Toda solicitud se considerará cancelada al ocurrir cualquiera de las siguientes circunstancias:
  - a. No está firmada o tiene preguntas sin contestar.
  - b. Faltan documentos de los indicados en la lista anterior
  - c. No comparecencia a cita médica; no responde dentro de los términos concedidos a comunicaciones enviadas durante el proceso de evaluación de la solicitud.
  - d. No se recibe respuesta a la notificación de aprobación dentro del término de los 30 días laborables subsiguientes a la fecha de notificación.
3. El Sistema podrá requerir al participante el pago de los honorarios médicos incurridos en el trámite de una solicitud cancelada.