Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento del Trabajo y Recursos Humanos

REGLAMENTO PARA ESTABLECER EL PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE Y PAGO DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL Y PARA EL ESTABLECIMIENTO, APROBACIÓN Y REGLAMENTACIÓN DE LOS PLANES PRIVADOS, EL CUAL DEROGA LOS REGLAMENTOS NÚMERO: 3052 Y 3404

ÍNDICE

Artículo I Título 1

Artículo II Declaración de Política Pública 1

Artículo III Base Legal 1

Artículo IV Definiciones 2

Artículo V Pago de Beneficios 5

Artículo VI Determinaciones, Reconsideraciones y Apelaciones 27

Artículo VII Planes Privados 35

Artículo VIII Confidencialidad de los Expedientes 59

Artículo IX Separabilidad 60

Artículo X Derogación 61

Artículo XI Vigencia 61

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento del Trabajo y Recursos Humanos

Reglamento para Establecer el Procedimiento para el Trámite y Pago de Beneficios por Incapacidad No Ocupacional y para el Establecimiento, Aprobación y Reglamentación de los Planes Privados, el Cual Deroga los Reglamentos Número: 3052 y 3404.

Artículo I- *Título*

Este reglamento se conocerá con el nombre de *Reglamento para Establecer el Procedimiento para el Trámite y Pago de Beneficios por Incapacidad No Ocupacional y para el Establecimiento, Aprobación y Reglamentación de los Planes Privados, el Cual Deroga los Reglamentos Número 3052 y 3404.*

Artículo II- *Declaración de Política Pública*

Es política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico el establecimiento y mantenimiento de un sistema de seguro social universal de beneficios por incapacidad no ocupacional temporera.

Artículo III- *Base Legal*

Este Reglamento se promulga en virtud de las facultades que se le confieren al Secretario del Trabajo y Recursos Humanos mediante la Sección 6 de la Ley Núm. 139 de 26 de junio de 1968, *según enmendada*, ***Ley de Beneficios por Incapacidad***

Temporal, las secciones 3 y 4 de la Ley Núm. 15 de 14 de abril de 1931, *según enmendada,* conocida como ***Ley Orgánica del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico*** y de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, *según enmendada,* conocida como ***Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Estado Libre Asociado de Puerto Rico***.

Artículo IV- *Definiciones*

Todos los términos definidos en la ***Ley de Beneficios por Incapacidad Temporal*** serán interpretados en el mismo sentido en que allí se definen. A menos que otra cosa se deduzca de su contexto, los términos aquí enumerados tendrán la siguiente significación en la interpretación de este Reglamento:

1. **Administrador**: Significa para propósito de este Reglamento el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos en su capacidad de administrador del Plan Público establecido por la Ley Núm. 139, *antes citada*. Además, esta definición será extensiva a las compañías aseguradoras o a los patronos que actúen como su propio asegurador, cuando asuman el pago de beneficios bajo un Plan Privado según dispone la Ley Núm. 139, *antes citada.*
2. **Director**: significa el Director del Negociado de Beneficios al Trabajador.
3. **Duda Razonable**: significa para propósito de la evaluación de las solicitudes de beneficios por incapacidad, la confusión en cuanto al diagnóstico, periodo de incapacidad o procedimiento quirúrgico realizado

al reclamante o que la especialidad del médico no se relaciona con el diagnóstico o condición incapacitante.

4. **Hospital**: significa una institución que ha recibido licencia, certificación o aprobación del Departamento de Salud de Puerto Rico como un hospital a tenor con el Artículo 23 de la Ley Núm. 101 de 26 de junio de 1965, *según enmendada*, o una institución debidamente certificada como un hospital a tenor con las leyes vigentes en el lugar en el cual el reclamante esté recluido.
5. **Ley**: significa la Ley Núm. 139 de 26 de junio de 1968, *según enmendada, Ley de Beneficios por Incapacidad No Ocupacional Temporal.*
6. **Médico**: significa una persona debidamente autorizada a practicar la medicina, una persona debidamente a autorizada a ejercer la psicología bajo las disposiciones establecidas en la Ley Número 96 del 4 de junio de 1983, *según enmendada*, o un quiropráctico autorizado bajo la Ley Núm. 493 del 15 de mayo de 1952, *según enmendada.*
7. **Negociado**: significa el Negociado de Beneficios al Trabajador del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
8. **Plan Privado**: significa un plan aprobado por el Secretario del Trabajo y Recursos Humanos para ser administrado por una compañía de seguros autorizada, o un patrono actuando como su propio asegurador para el

pago de beneficios según lo dispone la Sección 5 de la Ley Núm. 139, *antes citada* y este Reglamento.

9. **Plan Público o Plan del Gobierno**: significa el sistema de seguro social establecido por la Ley 139, *antes citada* y administrado por el Departamento del Trabajo y Recursos Humanos para el pago de beneficios según ésta lo dispone y este Reglamento.
10. **Periodo de Espera**: significa los primeros siete (7) días de un periodo de incapacidad o el periodo inmediatamente antes del primer día de hospitalización, siempre y cuando ésta ocurra dentro de esos primeros siete (7) días de incapacidad, cualquiera de los dos (2) que ocurra primero.
11. **Programa**: significa el Programa del Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporal (SINOT) del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.
12. **Secretario**: significa Secretario del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
13. **Trimestre Natural**: significa el periodo de tres meses naturales consecutivos, terminados en marzo 31; junio 30; septiembre 30; y diciembre 31.

Artículo V-*Pago de Beneficios*

Sección 1- *Días y Semanas Compensables*

Se pagarán beneficios por días de incapacidad luego de finalizado el periodo de espera, y de ahí en adelante semanalmente a base de los días de incapacidad ocurridos durante la semana natural anterior.

En caso de que ocurran siete (7) días de incapacidad en una semana natural, el pago de los beneficios será aquella cantidad de beneficio semanal que se estipula en la Ley o en el Plan Privado aprobado. Si los días de incapacidad ocurridos en una semana de beneficios son menos de siete (7), el pago de éstos se hará a razón de una séptima (1/7) parte de la cantidad de beneficio semanal por cada día de incapacidad compensable. El total de beneficios por una fracción de semana será computado al dólar ($1.00) completo más alto

Sección 2- *Periodo de Incapacidad*

Un periodo de incapacidad será aquel periodo durante el cual una persona ha estado continuamente incapacitada.

Periodos de incapacidad subsiguientes serán considerados como etapas recurrentes si son ocasionados por la misma enfermedad o accidente, o relacionados a éstos, y si dichos periodos subsiguientes ocurren en lapsos de noventa (90) días o menos. Disponiéndose que en estos casos no se requerirán los días del periodo de espera transcurridos en la reclamación inicial.

La responsabilidad para hacer los pagos de beneficios por concepto de una etapa recurrente será del Plan Privado o del Plan Público que fuera responsable al momento de surgir el periodo de incapacidad inicial.

Sección 3- *Duración de los Beneficios*

Se pagarán beneficios mientras dure la incapacidad, pero en ningún caso por más de veintiséis (26) semanas en cualquier periodo de incapacidad, ni en cualquier periodo de cincuenta y dos (52) semanas naturales consecutivas. En el caso de los administradores privados, aquellos planes que concedan beneficios más favorables podrán cubrir un periodo mayor a las veintiséis (26) semanas. No obstante, aquellos días que le sean reembolsados al patrono por haber éste efectuado un pago de salarios completos al trabajador, serán descontados del total de veintiséis (26) semanas.

Las cincuenta y dos (52) semanas naturales consecutivas se computarán retrospectivamente con respecto a cada semana por la cual se están reclamando beneficios.

Se entenderá que un periodo de incapacidad ha terminado cuando:

1. el reclamante regresa al trabajo; o
2. el reclamante está capacitado para trabajar; o
3. el reclamante no se encuentra bajo atención médica; o
4. el médico deja de certificar que el reclamante está incapacitado.

Cualquier trabajador elegible a recibir los beneficios bajo la Ley podrá optar por agotar durante su periodo de incapacidad la licencia por enfermedad o vacaciones que tenga acumulada. Cuando el trabajador así lo hiciere no tendrá derecho a recibir beneficios bajo la Ley Núm. 139, *antes citada*. El patrono no deberá requerir u obligar al reclamante que agote el balance de sus licencias antes de reclamar los beneficios por incapacidad.

Sin embargo, en los casos en que el trabajador sólo reciba paga por parte de la semana, podrá recibir beneficios bajo SINOT siempre que los salarios recibidos sumados a los beneficios a que resulte elegible bajo la Ley no excedan el salario semanal regular de jornada completa que estuviera recibiendo antes de incapacitarse conforme establece la Sección 3 (g) (5) de esta Ley.

Los pagos de beneficios por incapacidad están sujetos a otras restricciones y limitaciones provistas en la Ley.

Sección 4- *Incapacidad debido a Embarazo*

A. Cuando una trabajadora se inhabilite para trabajar por una condición relacionada o causada por embarazo o alumbramiento tendrá derecho a recibir los beneficios provistos bajo la Sección 3 (d) (1) de la Ley, sujeto a lo que se dispone en la Sección 3(d) (2).

B. Para ser elegible a dichos beneficios la trabajadora deberá someter su reclamación cumpliendo con los requisitos que establece la Sección 3 (k) (1) de la Ley. La evidencia médica sometida deberá indicar la fecha probable de alumbramiento. Asimismo, deberá cumplir con la condición de asegurado, según se dispone en la Sección 3 (b) (1) de la citada Ley.

C. La Ley establece que los beneficios por incapacidad pagaderos por cualquier periodo durante el cual la trabajadora inhabilitada para trabajar por embarazo reciba beneficios bajo la Ley Núm. 3 de 13 de marzo de 1942, *según enmendada, Ley de Madres Obreras*, consistirán en la diferencia entre los beneficios pagaderos bajo dicha ley y el setenta y cinco por ciento (75%) de su salario semanal de acuerdo con su Sección 3(d) (2).

D. Sin embargo, la Ley Núm. 3, *antes citada*, fue enmendada con el propósito de establecer que el patrono pagará la totalidad del sueldo, salario, jornal o compensación que una trabajadora estuviere recibiendo por su trabajo durante el periodo de descanso por maternidad.

E. Por lo tanto, los beneficios por incapacidad pagaderos bajo la Ley Núm. 139, *antes citada*, a la trabajadora inhabilitada serán concedidos por concepto de complicaciones en el embarazo antes de que reciba beneficios bajo la Ley Núm. 3, *antes citada*. También podrá recibir dichos beneficios después de terminada la licencia por maternidad, si hubiese complicaciones post parto, y éste periodo fuere certificado por su médico.

F. Durante el periodo que concurre con el pago de la Ley Núm. 3, *antes citada*, no se harán pagos de beneficios por incapacidad conforme se dispone en la Sección 3 (d) (2) y 3 (g) (5) de la Ley 139, *antes citada*. Por el contrario, si una trabajadora se encontrara recibiendo beneficios por incapacidad y llegara el momento de acogerse a la licencia por maternidad de la Ley Núm. 3, *antes citada*, se interrumpen los beneficios a pagarse por dicho periodo y se le notifica a la trabajadora que su patrono tiene que asumir la responsabilidad que le confiere la *Ley de Madres Obreras*.

G. En casos en los cuales la reclamación concurra con el periodo de descanso establecido por la Ley Núm. 3, *antes citada*, la reclamante podrá

ser elegible para el pago de beneficios bajo la Sección 3(d)(1) de la Ley Núm. 139, *antes citada*, si es una trabajadora a jornada parcial que durante el periodo de seis meses previo al momento de disfrutar la licencia de maternidad, no ha trabajado debido a que está incapacitada. De igual forma, una madre podrá ser titular de los beneficios establecidos en la Ley Núm. 139, *antes citada*, en situaciones en las cuales el patrono cierre el establecimiento en el cual ésta trabajaba.

H. Para ser elegible a dichos beneficios la trabajadora deberá someter su reclamación cumpliendo con los requisitos establecidos en la Sección 3 (k) (1) de la Ley. Asimismo, deberá cumplir con la condición de asegurado, según se dispone en la Sección 3 (b) (1) de la citada Ley.

I. En las reclamaciones originadas bajo la Sección 3 (d) (1) y en todas aquellas donde el patrono no viene obligado al pago de la licencia por maternidad al amparo de la Ley Núm. 3, *antes citada*, se procederá según lo dispuesto en las Secciones 3 (c) (1) y 3 (c) (2) de la Ley Núm. 139, *antes citada*, sobre el periodo de espera.

J. En los casos que fuese necesario una ampliación de la licencia por maternidad o que la inhabilidad de la trabajadora se exceda del periodo de licencia por maternidad pagada por el patrono, la trabajadora deberá presentar evidencia médica suplementaria cuando el periodo excede el certificado por el médico originalmente.

K. Esta Sección no contemplará el pago de beneficios en los casos de aborto premeditado (que no sea requerido para proteger la salud de la trabajadora) o voluntariamente provocado por dicha trabajadora.

L. El pago de los beneficios por complicaciones con el embarazo se hará semanalmente y por periodos de 7 días naturales. El beneficio correspondiente a la trabajadora embarazada será el beneficio semanal establecido en la Tabla de Beneficios de la Sección 3 (d) (1) al que resulte elegible. En el caso de los planes privados donde haya beneficios más favorables, el beneficio será al que resulte elegible.

M. En el caso de las madres obreras que se encuentren recibiendo beneficios del seguro por desempleo, cuando les llegue el momento del parto o alumbramiento deberán cumplir con todos los requisitos establecidos en Ley para recibir los beneficios por incapacidad mientras se encuentre en el descanso por maternidad. En dicho caso el periodo comenzará a contar a partir de la fecha del parto por el periodo certificado por el médico.

Sección 5- *Presentación de la Reclamación*

Toda reclamación será presentada ante el Administrador del plan correspondiente. Una reclamación enviada por correo, se considerará presentada al momento de ser depositada en el correo con los sellos necesarios y la dirección completa del asegurador.

Si un trabajador, debido a su incapacidad, no puede presentar una reclamación, la misma podrá ser presentada en su nombre, por cualquier persona autorizada por el reclamante o por su familia.

Sección 6- *Término para Presentar la Reclamación*

1) Una reclamación inicial de beneficios por incapacidad y cualquier reclamación subsiguiente deberá ser presentada por escrito al Administrador del plan correspondiente, a más tardar, tres (3) meses a partir del comienzo o recurrencia de la incapacidad. Sin embargo, el Director del Negociado podrá extender el periodo para la presentación de la reclamación si se determina que existió causa justificada para no presentar la reclamación dentro del tiempo requerido. No obstante, ninguna reclamación presentada después de transcurrido un año a partir de la fecha del comienzo de la incapacidad se considerará presentada a tiempo ni con derecho a beneficios.

La reclamación será presentada utilizando el formulario aprobado por el Secretario y será completada en todas sus partes. Dicho formulario deberá incluir en original, el informe del patrono, el informe del reclamante y el certificado del médico que ha examinado al reclamante. Si la reclamación no estuviese debidamente completada y

fuese devuelta al reclamante, se le concederán treinta (30) días a partir de la fecha en que se le envió la misma, para que la corrija y la devuelva. De no recibirse devuelta dentro del periodo estipulado, se considerará como presentada. El reclamante deberá justificar la demora incurrida al devolver la solicitud si ha transcurrido el término prescrito para estos propósitos.

Los beneficios potenciales que el asegurado fallecido no reclamó en vida, pero que al momento de su muerte aún podía reclamar por no haber transcurrido el término de los tres (3) meses siguientes a la fecha del comienzo de la incapacidad; podrán ser reclamados por sus dependientes dentro del periodo de seis (6) meses a partir de la fecha de la muerte del trabajador asegurado.

De igual manera podrán ser reclamados, los beneficios potenciales que el asegurado fallecido no reclamó, pero que hubiese podido reclamar, de haber estado vivo, no más tarde de transcurrido un año a partir de la fecha del comienzo de la incapacidad, si hubiere demostrado la existencia de causa justificada a satisfacción del Director del Negociado por no haber hecho la solicitud correspondiente dentro del periodo de los tres (3) meses que estipula la Sección 3 (k) (1) de la Ley.

En todo caso los dependientes vendrán obligados a probar que medió causa justificada por parte del fallecido para no reclamar sus beneficios dentro del periodo de los tres (3) meses establecido por ley.

2) La reclamación correspondiente al pago de beneficios por muerte a las personas que dependían del trabajador asegurado será presen ante el Administrador del plan correspondiente en el formulario aprobado por el Secretario. Esta reclamación deberá ser presentada dentro del periodo de seis (6) meses siguientes a la muerte del trabajador.

3) La reclamación correspondiente al beneficio por desmembramiento será presentada dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que ocurra el desmembramiento o la pérdida de la visión. En caso de que el trabajador muera sin haber presentado su reclamación de beneficios por desmembramiento sus dependientes deberán presentar la misma dentro de seis (6) meses siguientes a la muerte del trabajador, si dicho desmembramiento o pérdida de la visión ocurrió dentro del periodo estipulado por ley, disponiéndose que el pago de

este beneficio a los dependientes del trabajador fallecido se hará de conformidad a lo dispuesto en la Sección 3 (f) (2) (B) de la Ley.

Sección 7- *Prueba Necesaria al Presentar una Reclamación*

Una reclamación de beneficios por incapacidad deberá incluir o estar suplementada por un certificado del médico que haya examinado al reclamante, quien deberá estar debidamente autorizado a ejercer su práctica.

Un reclamante deberá ser examinado por un médico durante los primeros ocho (8) días de incapacidad para poder recibir el pago total de beneficios. En caso de que un reclamante no sea examinado por un médico dentro de los primeros ocho (8) días de incapacidad y éste certifica que estuvo incapacitado en un periodo anterior a la fecha del examen médico, solamente recibirá crédito por los siete (7) días anteriores a la fecha del examen médico, entendiéndose que cualesquiera otros días de incapacidad no serán considerados para fines del periodo de espera o para el pago de beneficios.

El certificado médico sometido por un trabajador asegurado quien se encuentra fuera del Estado Libre Asociado de Puerto Rico al momento de incapacitarse será aceptado si lo emite un médico, quiropráctico o psicólogo, dentro del alcance de su práctica autorizada, quien esté debidamente autorizado a ejercer en la jurisdicción donde se encuentre recibiendo tratamiento el reclamante. El certificado del médico deberá especificar el periodo de duración de la incapacidad o un estimado del

tiempo que durará la misma. Si el término recomendado por el médico es indefinido se establecerá la terminación del periodo de incapacidad conforme al procedimiento establecido.

El Administrador del plan correspondiente notificará al reclamante la fecha de terminación del periodo por el cual se están pagando los beneficios. Si el periodo de incapacidad se extendiera más allá del periodo estimado, el reclamante podrá solicitar una extensión de sus beneficios, pero deberá someter un certificado médico suplementario confirmando la extensión del periodo de incapacidad.

El último patrono deberá completar el Informe Patronal, contestando todas y cada una de las preguntas del formulario que apliquen a la condición del empleado, independientemente de que subsista o no la relación obrero patronal. De ser necesario, se le requerirá copia de las planillas trimestrales en las que reporte los ingresos del reclamante. No se devolverá ninguna reclamación en la cual falte información del patrono que sea posible obtener por el Administrador.

Si el reclamante trabaja para múltiples patronos, de estar estos asegurados con el Plan Público tendrá que completar un Informe Patronal por cada patrono activo. Si uno de éstos se encuentra asegurado por un plan privado, el reclamante deberá obtener la solicitud de ese plan para reclamar los beneficios con el administrador correspondiente.

Sección 8- *Otros Requisitos*

El Administrador del plan que corresponda con la autorización del Director del Negociado, podrá requerir información adicional del reclamante si existe duda razonable, y éste vendrá obligado a:

1) Someter prueba de exámenes médicos y de laboratorio adicionales, transcripciones de récords de hospitales, declaraciones juradas, certificados o evidencia de la fecha cuando quedó desempleado o de cuando regresó al trabajo y cualquier otro tipo de prueba adicional relacionada con su reclamación de beneficios por incapacidad, siempre y cuando haya dudas en el diagnóstico o, especialidad del médico.

2) Someterse a examen por un médico especializado en la condición por la cual reclama, quien será seleccionado por el reclamante y pagado por el Administrador del plan correspondiente, en el lugar más cercano a su residencia. Se dará aviso por correo por lo menos con diez (10) días de antelación a la fecha de la cita para el examen médico.

3) Todos los gastos en que incurra el reclamante para la satisfacción del requerimiento anterior, serán sufragados por el Administrador del plan correspondiente, conforme al Reglamento Núm. 37, *según*

enmendado, del Departamento de Hacienda, relacionado con Gastos de Viajes.

4) Si un reclamante rehúsa someter la prueba antes mencionada o rehúsa someterse a examen por el médico o especialista seleccionado, este hecho será considerado como prueba prima facie de que el reclamante no puede probar su incapacidad.

Sección 9- *Pagos a Personas Dependientes*

1) Si al ocurrir la muerte de un reclamante, éste había establecido su reclamación y se determinase que le corresponde recibir el pago de beneficios por incapacidad o desmembramiento y los mismos permanezcan sin haber sido satisfechos a la fecha de su muerte según lo dispuesto en la Sección 3 (1) de la Ley, el Plan de Gobierno o el Administrador del Plan Privado correspondiente deberá pagar la cantidad de dichos beneficios que permanezcan sin pagar, al presentarse una solicitud válida para el pago de los mismos a personas dependientes.

2) La solicitud para el pago de estos beneficios a las personas dependientes deberá hacerse dentro de seis (6) meses desde la fecha de la muerte del reclamante o dentro de seis (6) meses desde la fecha en que finalmente se hubiese autorizado el pago de beneficios a dicho reclamante, cualquiera de dichas fechas que sea posterior.

Si se encontrase que la persona que hace la solicitud de beneficios adeudados a un reclamante fallecido tiene derecho a dichos beneficios, se expedirá un cheque a favor de dicha persona.

Todos los cheques de beneficios expedidos directamente a un reclamante fallecido que no hayan sido cobrados por éste, deberán ser devueltos al Administrador del plan correspondiente para su cancelación. Si la persona que haya solicitado los beneficios adeudados al reclamante fallecido no puede devolver dichos cheques al Administrador del plan correspondiente, deberá explicar esta situación a satisfacción del Administrador del plan correspondiente, antes de que se paguen cualesquiera fondos en sustitución de dichos cheques.

3) Al ocurrir la muerte de un trabajador asegurado antes de éste presentar su reclamación de beneficios por incapacidad o desmembramiento, ésta podrá ser presentada por sus dependientes conforme lo dispuesto en el Artículo 5 Sección 6 de este Reglamento.

Si el Administrador determinase que el trabajador fallecido es elegible a beneficios, deberá pagar la cantidad de dichos beneficios a las

personas dependientes al producirse una solicitud válida para el pago de éstos. Si se encontrase que las personas que hacen la solicitud de beneficios adeudados del trabajador fallecido tienen derecho a dichos beneficios, se expedirá un cheque a éstos.

4) La reclamación correspondiente al pago de beneficios por muerte establecida en la Sección 3(f) de la Ley, deberá ser presentada por las personas que dependían del trabajador asegurado, dentro del período de seis (6) meses siguientes a la muerte del trabajador.

Cualesquiera beneficios por incapacidad adeudados al trabajador asegurado a la fecha de su fallecimiento al igual que el beneficio por muerte a que pudieran resultar elegibles sus dependientes, será pagadero a las personas que de acuerdo con los hechos, el Secretario o su Representante Autorizado determine que a la fecha del deceso dependían sustancialmente para su subsistencia directamente del trabajador asegurado.

Los pagos adeudados correspondientes a beneficios por incapacidad se efectuarán basados en semanas compensables, el pago de beneficios por muerte se efectuará en una sola suma. Esos pagos a los beneficiarios de los trabajadores fallecidos se harán conforme al

grado de dependencia según se determine mediante investigaciones a esos efectos.

La responsabilidad para efectuar el pago de beneficios por muerte, según establecido en la Sección 3(f) de la Ley, será del Plan Público o Privado que fuera responsable del trámite de la reclamación de beneficios al momento en que el trabajador fallece.

Sección 10- *Pagos a Trabajadores Asegurados Menores de Edad*

Un menor que haya trabajado y cotizado bajo el Plan Público del Seguro por Incapacidad o que haya trabajado y cotizado bajo un plan privado, tendrá derecho a recibir pago de beneficios dispuestos en la Sección 3 de la Ley, sujetos a las mismas condiciones y limitaciones de cualquier otro trabajador asegurado.

Sección 11- *Informes del Administrador del Plan al Último Patrono*

Al patrono que últimamente hubiera empleado al reclamante se le enviará por correo un aviso de que el trabajador ha presentado una nueva reclamación o una reclamación adicional. El patrono, independientemente de que subsista o no la relación obrero patronal, deberá suministrar la información requerida por el Administrador del plan que corresponda y devolverá el formulario personalmente o por correo, a más tardar dentro de diez (10) días desde la fecha de envío del aviso por el Administrador.

Sección 12- *Reembolsos por Salarios o Beneficios Pagados*

A) Si un empleado, de otra manera elegible a los beneficios por incapacidad, fuere declarado inelegible a dichos beneficios por uno o más días debido a que recibió un pago de salarios completos efectuado voluntariamente por su patrono durante esos días, se le pagará al patrono, si éste ejerce su derecho a reembolso, una cantidad equivalente a los beneficios por incapacidad que serían pagaderos por dichos días, siempre que:

1. El patrono solicite por escrito dicho reembolso al Administrador del plan correspondiente dentro de los dos (2) meses o sesenta (60) días, lo que resulte más favorable al reclamante, después del pago del último día del periodo por el cual se reclama dicho reembolso. Esa solicitud tiene que ser recibida por el Administrador del plan que corresponda, antes de que termine el periodo de los dos (2) meses o sesenta (60) días después del último día pagado por el periodo reclamado;
2. El trabajador presente ante el Administrador del plan correspondiente una reclamación de beneficios por incapacidad y verificación de los salarios pagados por el patrono durante el periodo de incapacidad en el formulario prescrito;
3. Se someta evidencia de la incapacidad del trabajador de acuerdo a la Sección 3(k) de la Ley y el Artículo 5, Sección 7 de este Reglamento;

4. El patrono ha certificado al Administrador del plan correspondiente en el formulario prescrito el pago de los salarios certificados en la reclamación.

B) Si el Administrador de un plan hiciera pagos de beneficios a un trabajador por un periodo por el cual no le correspondía efectuar pago alguno por no ser el asegurador del trabajador, el Administrador del plan correspondiente, ejerciendo su derecho a reembolso, podrá solicitar del asegurador a quien le correspondía pagar la reclamación que le reembolse la cantidad correspondiente a los beneficios pagados erróneamente en dicho periodo.

Sección 13- *Empleo Concurrente*

A) Beneficios por incapacidad :

1. La responsabilidad del pago de beneficios por incapacidad corresponde al plan o a los planes que cubran en el empleo en el cual estaba empleada la persona al comienzo de su incapacidad. Si la persona estaba empleada "concurrentemente" , es decir, empleada en dos (2) o más empleos asegurados y es elegible a los beneficios bajo dos (2) o más planes, la persona recibirá el beneficio más alto prorrateado entre ambos. En el caso de ser dos (2) planes, el plan que tenga el beneficio menor, pagará ese beneficio dividido entre dos (2) y ese beneficio menor determinado será restado al beneficio mayor del otro plan y/o el beneficio mayor determinado en el año básico.

Siempre se garantizará que el trabajador recibirá el beneficio más alto al cual es elegible bajo los dos planes, pero nunca será menor que el beneficio semanal que recibirá con la suma de los salarios asegurados en el año básico de todos los patronos.

B) Beneficio por desmembramiento:

1. Al ocurrir el desmembramiento en el trabajador asegurado, la responsabilidad del pago de beneficios bajo la Ley corresponde a los planes que aseguren los empleos en los cuales estaba empleado el trabajador al momento de su incapacidad.

   Si el trabajador incapacitado estaba empleado en dos o más empleos asegurados, recibirá el beneficio al que resulte elegible bajo la Sección 3(f) (2) de la Ley, será prorrateado en partes iguales entre los dos planes; o si tienen más de dos planes, el beneficio se dividirá entre los planes que correspondan hasta el máximo de beneficio que resulte elegible el reclamante. Aquellos planes que provean beneficios mayores y/o adicionales pagarán el beneficio establecido en la Ley más la diferencia hasta completar lo aprobado en el plan.

2. En caso de que una persona sufra más de una de las incapacidades indicadas en la tabla de la Sección 3(f) (2), en un mismo accidente, la cantidad máxima por todas las incapacidades será de cuatro mil ($4,000.00) dólares entre todos los planes. En el caso de los Planes Privados, éstos pagarán el beneficio establecido en la Ley más el beneficio mayor o adicional. El pago correspondiente a la Ley nunca será menor a lo que recibiera el trabajador si estuviera cubierto bajo un solo plan.

C) Beneficio por muerte:

1. Al ocurrir la muerte súbita de un trabajador asegurado, la responsabilidad del pago de beneficios bajo la Ley corresponde al plan que asegure el empleo en el cual estaba empleado el trabajador al momento de su fallecimiento.
2. Si como consecuencia de una lesión o enfermedad compensable bajo la ley ocurriese el fallecimiento del trabajador dentro del periodo de cincuenta y dos (52) semanas naturales inmediatamente siguientes a la fecha en que comenzó la incapacidad, la responsabilidad del pago corresponde a <u>los planes que aseguren los empleos en los cuales estaba empleada la persona al comienzo de su incapacidad.</u>
3. Si el trabajador fallecido estaba empleado en dos o más empleos <u>asegurados</u> y sus dependientes cualifican para recibir el pago de

beneficios por muerte, recibirán la cantidad del beneficio estatutario ($4,000.00), si tiene dos empleos, se dividirá en partes iguales; o si hay más de dos planes, se dividirá el beneficio en partes iguales entre los planes hasta el máximo de beneficio que resulte elegible el reclamante. Aquellos planes que sean de beneficios mejores y/o adicionales pagarán el beneficio establecido en Ley más pagarán la diferencia hasta completar lo aprobado en el plan, pero no será menor a lo establecido en Ley.

4. Toda información necesaria para determinar los dependientes del trabajador fallecido será suministrada por los planes envueltos, al Secretario, quién establecerá la acción a tomar por cada plan.

Sección 14- *Reclamaciones Dirigidas Incorrectamente*

Si una persona presentara una reclamación de beneficios erróneamente bajo un plan, en vez de hacerlo bajo el plan correspondiente; el Administrador del plan en el cual fuera presentada erróneamente, enviará la reclamación al plan que corresponda y notificará al reclamante de dicha acción.

En estos casos el reclamante no será perjudicado en cuanto a considerar que la reclamación no fue presentada a tiempo debido a que la misma fue dirigida erróneamente. La fecha de efectividad de la reclamación será la fecha en que originalmente fue presentada.

La fecha de efectividad de una reclamación por incapacidad que originalmente fuera presentada por error como una reclamación de beneficios, en otra Agencia que ofrezca un sistema de seguros, será la fecha en que originalmente se presentó.

Artículo VI- *Determinaciones, Reconsideraciones y Apelaciones*

Sección 1- *Determinaciones de Beneficios por Incapacidad*

Cuando un trabajador presente una reclamación de beneficios por incapacidad se hará prontamente una determinación sobre si el reclamante cualifica como trabajador asegurado y si reúne los requisitos especificados en la Sección 3 de la Ley.

Sección 2- *Aviso de Determinación*

Será obligatorio notificar por escrito al reclamante cualquier decisión tomada en su reclamación y la razón para la denegación de la misma. De resultar el reclamante elegible a beneficios dicha notificación incluirá: periodo de incapacidad, beneficio semanal y total, así como las semanas y días correspondientes al periodo asignado.

Bajo un Plan Privado se le notificará al reclamante dentro de cinco (5) días laborables después de finalizar la primera semana por la cual se deben los beneficios por incapacidad o dentro de diez (10) días laborables después de haberse

presentado la reclamación debidamente completada, cualesquiera de las dos (2) que sea más tarde.

Cualquier reclamación denegada incluirá un aviso informando al reclamante sobre su derecho a reconsideración o de apelación, según proceda, y el procedimiento para la presentación de la reconsideración o la apelación.

El reclamante podrá solicitar reconsideración de la determinación emitida o podrá establecer una apelación, según se provee más adelante.

Sección 3- *Solicitud de Reconsideración*

Si el reclamante solicitara una reconsideración, deberá ser presentada bajo el Plan que emitió la determinación de inelegibilidad. El Director podrá considerar la misma si fuere presentada dentro del término de veinte (20) días desde que la notificación de la determinación fuera entregada o enviada al reclamante a su última dirección conocida. Luego de vencer dicho término el Director estará impedido de entrar de atender la solicitud de reconsideración debido a que la misma se considera final y firme.

En cualquier momento dentro de un año a partir de la fecha de la determinación de una reclamación de beneficios por incapacidad, el Director podrá reconsiderar dicha determinación a iniciativa propia o mediante consulta solicitada por el

Administrador del plan que corresponda. Las razones para la reconsideración entre otras, pudieran ser que encontrase que en relación con la misma ha ocurrido un error de cómputo o identidad, o que hay otros salarios relacionados con la condición de asegurado de ese reclamante que deben ser tomados en cuenta; o la determinación de beneficios por incapacidad del reclamante fue hecha como resultado de la ocultación o representación falsa de algún hecho material; o que se ha encontrado que existe la intervención de terceros, o si se obtuviese información adicional que no estaba disponible al momento de la determinación que amerite una re determinación.

El Director podrá a reconsiderar a iniciativa propia una determinación en cualquier momento, dentro de dos (2) años a partir de la terminación de cualquier semana con respecto a la cual haya concedido o denegado crédito por periodo de espera o beneficios, si encontrase que tal crédito por periodo de espera o beneficios, fue concedido o denegado como resultado de la ocultación o falsa representación de algún hecho material.

Sección 4- *Presentación de Apelaciones*

Cualquier parte con derecho a ser notificada de una determinación en reconsideración por parte del Director y que la misma resulte adversa a la parte reclamante, podrá presentar su apelación mediante moción al Secretario o por escrito ante el Negociado. Dicha solicitud de apelación deberá presentarse dentro de

un término de veinte (20) días desde la fecha de archivo en autos de la notificación de la decisión en reconsideración. La apelación será considerada dentro del término de quince (15) días de haberse presentado la moción ante el Secretario.

El Director del Negociado deberá elevar ante el Secretario un expediente completo que contenga una investigación, el resultado de la misma, conclusiones y recomendaciones en Ley.

Sección 5- *Notificación de Señalamiento de Audiencia*

El Secretario nombrará un Oficial Examinador para entender la apelación y éste considerará la solicitud de apelación para señalamiento dentro de los quince (15) días de haberse presentado la misma. Se dará aviso por correo a las partes interesadas especificando la fecha, hora y lugar en que la misma se llevará a efecto, y el asunto o asuntos en controversia.

Sección 6- *Celebración de la Audiencia*

Los procedimientos serán informales y deberán proporcionar a las partes la oportunidad de tener una audiencia justa ante un Oficial Examinador, y las mismas serán conducidas de manera que se pueda determinar adecuadamente el derecho del reclamante a obtener beneficios. La audiencia será pública a no ser que medie causa que justifique su celebración en privado.

Sección 7- *Estipulación*

Sujeto a la aprobación del Oficial Examinador, las partes podrán estipular con respecto a todo o parte de los hechos relacionados en los procedimientos. No podrán existir estipulaciones en todo lo relacionado a la renuncia de derechos o cesión de beneficios conforme a las Secciones 3(m) y 3(n) de la Ley.

Sección 8- *Derechos de las Partes*

El derecho de una parte a una audiencia justa incluirá: el derecho de obtener que su reclamación sea decidida basada en testimonios y cualquiera otra prueba dada o presentada en la audiencia e incluida en el récord; así como a examinar, explicar y refutar dicha prueba. Tendrá derecho a interrogar y contra interrogar testigos con respecto a la prueba; a solicitar y obtener la comparecencia de testigos para ser interrogados y contra interrogados. También podrá producir prueba pertinente a la reclamación y presentar argumentos. El apelante tendrá derecho a asistir acompañado de un abogado o defensor y a presentar la prueba necesaria a su favor.

Sección 9- *Consolidación*

El Secretario o cualquier Oficial Examinador podrá consolidar las reclamaciones y celebrar audiencias conjuntas sobre las mismas siempre que prueba igual o sustancialmente similar sea pertinente y material al asunto en controversia, a menos que tal consolidación pueda perjudicar los derechos sustanciales de cualquiera de las partes involucradas en la misma. Deberá darse o remitirse por

correo a las partes o su representante, notificación de la fecha y lugar de la audiencia.

Sección 10- *Citaciones*

El Secretario o el Oficial Examinador podrán expedir una citación para hacer compulsoria la comparecencia de testigos o la presentación de libros, cuentas, papeles, récords y documentos en cualquier audiencia. La citación podrá ser enviada por correo o diligenciada personalmente por cualquiera de las partes en un procedimiento o por una persona debidamente autorizada por las partes para estos propósitos, el diligenciamiento será certificado bajo juramento y archivado en los récords de los procedimientos, pero no se concederá honorarios para dicho diligenciamiento.

En caso de rebeldía o de negativa de alguna persona a obtener una citación expedida por un Oficial Examinador o el Secretario, cualquiera Sala de Tribunal de Primera Instancia, dentro de cuya jurisdicción se encuentre, resida o tenga negocios dicha persona, tendrá jurisdicción para, a solicitud del Secretario o su agente debidamente autorizado, expedir una orden requiriendo a dicha persona a comparecer ante el Oficial Examinador a fin de testificar o producir prueba documental en relación con el asunto bajo investigación o audiencia. La desobediencia a dicha orden, salvo por causa justificada, constituirá desacato al Tribunal.

Sección 11- *Suspensión y Reapertura*

Cualquiera audiencia ante un Oficial Examinador o ante el Secretario podrá ser pospuesta, aplazada o suspendida cuando ello sea necesario para proporcionar a las partes una oportunidad razonable para la celebración de una audiencia justa. Un caso será reabierto para audiencia ulterior mediante la demostración por una de las partes de que hubo justa causa para no comparecer a la audiencia señalada o para la presentación de nueva prueba de que no se tuviera conocimiento antes, o por cualquier otra causa justificada. En caso de que se tome una de estas acciones, se notificará a las partes o a sus representantes de la fecha y lugar en que ha de celebrarse la audiencia.

Sección 12- *Decisión del Secretario*

El Secretario emitirá la decisión final de la cual se podrá solicitar reconsideración dentro un término de veinte (20) días desde la fecha de archivo de la notificación de la resolución u orden. Si el Secretario rechazare de plano la moción de apelación, o no actuare dentro de los quince (15) días, el término para solicitar revisión empezará a correr nuevamente desde que se notifique dicha denegatoria o que se expiren esos quince (15) días, según sea el caso. Del Secretario tomar alguna determinación en su consideración el término para solicitar revisión empezará a contarse desde la fecha en que se archiva en autos una copia de la notificación de la resolución resolviendo definitivamente la moción cuya resolución deberá ser

emitida y archivada en autos dentro de los noventa (90) días siguientes a la presentación de la moción.

Sección 13- *Revisión Judicial*

La parte adversamente afectada por una orden o resolución final del Secretario podrá presentar una solicitud de revisión ante el Tribunal de Circuito de Apelaciones con competencia dentro de un término de treinta (30) días contados a partir del archivo en autos de la copia de la notificación de la orden o resolución final del Secretario.

Sección 14- *Honorarios de Abogado*

No se impondrá a un reclamante el pago de costas u honorarios a menos que un tribunal lo imponga, si determina que el procedimiento sobre revisión judicial ha sido establecido o continuado temerariamente. El abogado que represente al reclamante no podrá cobrar o recibir por sus servicios una cantidad mayor que aquella que sea aprobada por el Secretario.

El pago de las costas y honorarios será satisfecho por el Secretario a cuenta del Fondo de Beneficios por Incapacidad, por el administrador de un plan privado o patrono auto asegurado en cada uno de los siguientes casos:

- Cualquier apelación de una decisión judicial o administrativa que haya sido favorable en todo o parte al reclamante;

- Cualquier apelación instada por el reclamante de una decisión que haya revocado en todo o en parte otra decisión emitida a su favor; o
- Cualquier apelación como resultado de la cual se concedan beneficios al reclamante.

El abogado, en una reclamación en el foro administrativo a favor del reclamante o sus dependientes, podrá cobrar al Administrador del plan que corresponda hasta el diez (10%) por ciento de la cantidad autorizada a favor del reclamante.

El Oficial Examinador o el Secretario fijará el por ciento correspondiente a honorarios de abogados. El cobro de honorarios por parte del abogado de una reclamación a favor del reclamante o sus dependientes, se limitará a lo dispuesto en esta Sección.

Artículo VII-*Planes Privados*

Sección 1- *Solicitud para un Plan Privado*

Un patrono podrá solicitar al Secretario la aprobación de un Plan Privado para el pago de beneficios a sus empleados según especificados en la Sección 3 de la Ley. Esta solicitud deberá ser presentada en el formulario correspondiente y en la manera prescrita por el Secretario no más tarde del 30 de abril del año en que sea efectivo el plan. La fecha de efectividad del plan privado será al 1ro de julio.

El Secretario deberá suministrar un aviso por escrito al patrono informándole la aprobación o desaprobación del Plan Privado con anterioridad a la propuesta fecha de efectividad. Si el plan no es aprobado, se indicará la razón.

Sección 2- *Requisitos para la Aprobación de los Planes Privados*

Para ser aprobado por el Secretario un Plan Privado deberá reunir cada uno de los siguientes requisitos:

1) El plan deberá proveer beneficios iguales o más favorables en todo respecto a los beneficios provistos en la Sección 3 de la Ley. Sin embargo, un Plan Privado podrá ser aceptado como que cumple con este requisito del beneficio semanal, si el mismo provee una tabla de beneficio semanal que contenga como mínimo lo siguiente:

   i. Cinco ($5.00) dólares más el sesenta (60%) por ciento del salario semanal en jornada completa de cada empleado, aplicable a los casos en que dicho salario sea de ochenta ($80.00) dólares o menos; la cantidad mínima de beneficio semanal será de quince ($15.00) dólares, excepto que el mínimo para cualquier trabajador que regularmente trabaje menos de veinte (20) horas semanales será de doce ($12.00) dólares.

   ii. El sesenta y cinco (65%) por ciento del salario semanal en jornada completa de cada empleado, aplicable a los casos en que el salario

semanal del trabajador exceda de ochenta ($80.00) dólares. Esta tabla podrá, pero no necesariamente proveerá un beneficio semanal mayor de ciento trece ($113.00) dólares. Una tabla de beneficios equivalentes o mejor que la fórmula aquí dispuesta será aceptable, independientemente del hecho de que un empleado en particular pueda recibir bajo la misma un beneficio menor del que podría requerirse bajo la Sección 3 de la Ley.

iii. Se aceptará, para aquellos empleados que reciben pago mensual, una tabla de beneficios si la cantidad del beneficio semanal es igual o por lo menos el quince punto uno (15.1%) por ciento del salario mensual, sujeta a las cantidades mínimas y máximas arriba indicadas.

iv. El salario semanal regular de jornada completa de empleo será el salario que se le paga a un empleado por su semana de trabajo normal. Para aquellos trabajadores en que la tasa de los ingresos por hora o por semana es irregular, se utilizará la tabla de beneficios provistos en la Sección 3 de la Ley para determinar el beneficio semanal por incapacidad del reclamante.

v. Un Plan Privado estatutario utilizará la tabla de beneficio semanal provista bajo la Sección 3 de la Ley para determinar la cantidad de beneficio semanal por incapacidad del trabajador. Aquellos planes que proveen beneficios mejores a los provistos por la Ley,

cumplirán con este requisito con respecto a la cantidad de beneficio semanal por incapacidad, utilizando la tabla de beneficio semanal indicada en el plan que les fuera aprobado.

2) El plan deberá asegurar a todos los empleados del patrono en Puerto Rico o a una clasificación razonable de sus empleados. Entre otros criterios, una clasificación se considerará razonable si está basada en un establecimiento separado, tipo de trabajo o localización del mismo, o por prácticas de convenios colectivos. Una clasificación definida por sexo, edad o salarios no será considerada razonable para propósito de un Plan Privado.

3) El plan no podrá requerir de los empleados cualesquiera contribuciones mayores que las que se requieren en la Sección 8 de la Ley. Las contribuciones adicionales bajo un Plan Privado para el pago de beneficios adicionales a los dispuestos bajo la Sección 3 de la Ley serán asumidas por el patrono y deberán ser aprobados por el Secretario, mediante solicitud hecha con anticipación por el patrono. Entre las razones para establecer dichas contribuciones adicionales que el Secretario considerará como razonablemente proporcionales al costo real de beneficios adicionales estarán: reducción en el periodo de espera,

eliminación de limitaciones o razones de descalificación, una cantidad de beneficio mayor y/o una duración máxima mayor.

El total de las contribuciones de los empleados al plan de beneficios por incapacidad no excederán de punto treinta (0.30%) por ciento; y la diferencia de la contribución adicional la asumirá el patrono. La contribución requerida a los empleados por beneficios de hospitalización, médico quirúrgico o cualquier otro tipo no especificado bajo la Sección 3 de la Ley, no está sujeta a las disposiciones de la misma.

4) Si un Plan Privado ha de requerir contribuciones de los empleados, el patrono deberá suministrar al Secretario, en el formulario que éste requiera, prueba de que a los empleados que quedarán asegurados por el plan se le ha notificado por escrito los términos del mismo y que la mayoría de ellos, en cuyo caso corresponderá al cincuenta (50%) por ciento más uno (1), ha consentido por escrito quedar asegurados por el Plan Privado en lugar de por el Plan Público. Igualmente, el patrono deberá suministrar al Secretario tal prueba cuando cambie de aseguradora para administrar el Plan Privado, o cuando éste asuma la responsabilidad de administrarlo.

Si tal consentimiento fue prestado por votación o en otro tipo de elección, el récord del patrono con respecto a este consentimiento deberá estar disponible para ser examinado por el Secretario mientras el plan esté en vigor. Tal prueba será igualmente requerida si el plan ha de ser modificado para incluir cualquier aumento en la contribución de los empleados o por cualquier reducción en los derechos a beneficios de éstos.

5) El plan deberá estar suscrito ya sea por una compañía aseguradora o mediante un plan de seguro propio previamente aprobado por el Secretario.
   a. Para que un contrato con una compañía aseguradora cumpla con los requisitos de la Ley deberá:
      i) Contener una disposición garantizando que los pagos de los beneficios iguales o más favorables se harán conforme a los requisitos de la Sección 3 de la Ley;
      ii) No utilizará o contratará a terceros en el trámite de las reclamaciones (terceros son aquellos que aunque tengan autorización expresa del Secretario para intervenir en el trámite de las reclamaciones de SINOT, pertenecen a otra entidad o aseguradora).

iii) No utilizará información, notas médicas y/o documentos médicos o de otra índole provenientes de otras líneas, programas de manejo de incapacidad, médicos consultores o seguros adicionales que tengan contratados con el patrono o intermediarios en el trámite de las reclamaciones de SINOT.

iv) Proveer para que el patrono cumpla con la obligación del pago de la prima. De existir primas adeudadas, el patrono vendrá obligado a satisfacer la misma: (1) aún después de la terminación del plan privado; (2) aunque el plan privado no esté en vigencia; (3) aunque sea final la cancelación del plan, sin importar la razón para la cancelación.

v) Proveer para que el asegurador pague todas las computaciones impuestas por el Secretario a los Planes Privados en la Sección 5(a) de la Ley;

vi) Proveer para que el asegurador someta todos los informes requeridos por el Secretario;

vii) Disponer que el asegurador (administrador del plan privado) quedará sujeto al pago de beneficios por incapacidad, muerte y desmembramiento a todo empleado asegurado por la póliza y por el Plan Privado durante el comienzo de cualquier accidente, lesión o enfermedad incluida en la Ley, según

corresponda, después que la póliza entró en vigor y antes de vencer la misma.

viii) Proveer que el asegurador (administrador del plan privado) no cancelará el contrato de seguro hasta tanto dicha cancelación sea notificada por el Negociado y enviada al patrono; disponiéndose, sin embargo, que si un seguro con otro asegurador es efectivo antes de la fecha de cancelación indicada en la notificación, la cancelación será efectiva a partir de la fecha de la otra cubierta.

b. Para poder actuar como su propio asegurador, el patrono deberá:

i) Incluir en el plan una disposición o propuesta de plan garantizando que los pagos de los beneficios iguales o más favorables se harán en todo respecto, conforme a los requisitos de la Ley;

ii) No utilizará o contratará a terceros no autorizados para intervenir en el trámite de las reclamaciones de SINOT; (terceros son aquellas personas que aunque tengan autorización expresa del Secretario para intervenir en el trámite de las reclamaciones de SINOT, pertenecen a otra entidad o aseguradora).

iii) No utilizará información, notas médicas y/o documentos médicos o de otra índole proveniente de otras líneas,

programas de manejo de incapacidad, médicos consultores o seguros adicionales que tenga contratados como patrono, intermediarios o con alguna aseguradora en el trámite de las reclamaciones de SINOT;

iv) Satisfacer al Secretario en cuanto a su responsabilidad económica;

v) Aceptar pagar las computaciones impuestas por el Secretario a los Planes Privados bajo la Sección 5 de la Ley;

vi) Aceptar someter todos aquellos informes que sean requeridos para los Planes Privados por el Secretario;

vii) Depositar con el Secretario una garantía equivalente a la mitad del uno (1%) por ciento de los salarios pagados a los empleados asegurados por el plan durante el último año natural de operaciones, sin tomar en consideración los salarios pagados en exceso nueve mil ($9,000) dólares a cada trabajador, para responder del cumplimiento de sus responsabilidades bajo el plan.

viii) La garantía consistirá de un depósito depósito en efectivo, una fianza de un fiador asegurado, o bono debidamente autorizado por el Gobierno de Estados Unidos o del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. En caso de que la garantía sea depositada en forma de bonos, éstos deberán ser registrados a nombre del

Secretario de Hacienda. Si la garantía de un fiador asegurado es depositada con el Secretario, ésta debe hacerse en la forma que el Secretario determine y la suma destinada como importe penal debe ser aceptable por éste.

6) El plan será responsable del pago de todos los beneficios, incluyendo muerte y desmembramiento, relacionados con cualquier accidente, lesión o enfermedad incluida en la Ley, según corresponda, ocurrida mientras el empleado esté trabajando en empleo asegurado por el plan o dentro de catorce (14) días después de la terminación de tal empleo, pero no después que el empleado comience a trabajar en empleo que no está asegurado por el plan. La responsabilidad para hacer los pagos de beneficios por concepto de una etapa recurrente será del Plan Privado o del Plan Público, que fuera responsable al momento de surgir el periodo de incapacidad inicial.

El Administrador privado se comprometerá a observar cualesquiera condiciones o pagar al Negociado cualesquiera computaciones que el Secretario estime necesarias para evitar una desventaja actuarial al Plan Público debido al establecimiento del Plan Privado; a pagar las computaciones impuestas por el Secretario para ayudar a pagar el costo de los pagos de beneficios por incapacidad hechos por el Programa a los

trabajadores quienes resulten incapacitados mientras se encuentren empleados en trabajo no asegurado, a pagar los gastos de administración del Programa en relación a los Planes Privados.

El plan se comprometerá, además, a pagar computaciones por el reembolso proporcional del exceso de las contribuciones hechas por un empleado, el cual debido a que tuvo dos (2) o más empleos durante un año natural ha contribuido más de la cantidad máxima.

7) El Administrador privado estará obligado a suministrar al Negociado los informes que sean requeridos por este Reglamento y cualesquiera otros informes que sean requeridos por el Secretario o por el Director del Negociado.

8) El Administrador privado estará obligado a ofrecer a cada empleado asegurado por el plan una notificación o aviso por escrito de las disposiciones sobre los beneficios que ofrece el plan, incluyendo cualquier información provista por el Secretario sobre los derechos a beneficios bajo la Ley, y ofrecerá a cada reclamante un aviso escrito de su elegibilidad o inelegibilidad, en la forma y modo requeridos por el Secretario, incluyendo una declaración sobre el derecho del reclamante a solicitar reconsideración sobre la determinación emitida ante el

Negociado y luego, su derecho a apelar ante el Secretario, si no está de acuerdo con la determinación hecha en su caso.

9) En caso de que el plan no sea aprobado, el patrono será notificado por escrito. Además, si dentro de veinte (20) días a partir de la fecha de envío de la notificación, el patrono o el Administrador del plan privado si no están de acuerdo con la decisión tomada podrán solicitar al Secretario una revisión según se provee en la Ley. En caso de que no se apele la decisión emitida de la denegación del plan privado dentro del periodo reglamentario la decisión será considerada como final y firme.

Sección 3- *Disposición de la Garantía Bajo un Plan de Seguro Propio*

La garantía que requiere el Artículo VII, Sección 2 de este Reglamento será aplicada por el Secretario para el pago de obligaciones adeudadas bajo el Plan Privado. Una vez terminado un Plan Privado que tenga un seguro propio o cuando la aprobación del mismo sea retirada, según se provee en este Reglamento, el Secretario retendrá la garantía depositada y no será cancelada por el periodo correspondiente hasta un año a partir de la fecha de la cancelación del plan.

Al expirar este periodo el Secretario hará una liquidación final de los cargos contra el patrono. Si el patrono resultare deudor al Negociado, y la cantidad no es pagada dentro de treinta (30) días a partir de la fecha de la notificación al patrono, el Negociado cobrará la suma de la garantía que fue depositada o podrá reclamar el

pago de dicha suma al fiador. Si hubiere alguna cantidad o garantía restante, ésta será devuelta al patrono, a su representante legal o a su cesionario, y el fiador quedará así liberado de su obligación.

Sección 4- *Informes Requeridos de los Planes Privados*

Al solicitar la aprobación de un Plan Privado, un patrono deberá someter aquella información que le requiera el Secretario.

Cada Administrador privado enviará simultáneamente por correo al Negociado una copia de cualquier aviso de inelegibilidad que le sea enviado a un reclamante.

Cada Administrador privado deberá, dentro de quince (15) días a partir del último pago que se haga por un periodo de incapacidad, presentar al Negociado un informe sobre la reclamación en el formulario requerido por el Secretario.

Cada Administrador privado deberá someter, no más tarde de cada 30 de septiembre, un informe en el formulario requerido por el Secretario, de la experiencia obtenida bajo el Plan o Planes Privados por los cuales ha sido responsable durante el año que finalizó el 30 de junio precedente.

Por cada plan asegurado, se informará lo siguiente:

1. Primas ganadas.

2. Dividendos o créditos retroactivos ganados.
3. Cantidad de beneficios pagados, con un desglose de los pagos de beneficios y las reservas paras las reclamaciones pendientes de pago.
4. Cada una de las computaciones incurridas bajo la Ley de Beneficios por Incapacidad.
5. Gastos incurridos.
6. Contribuciones acumulados de los empleados.

Cada plan que tenga un seguro propio deberá someter un informe que incluya la siguiente información:

1. Contribuciones acumuladas por los empleados.
2. Pagos de los beneficios.
3. Estimados de los gastos de beneficios incurridos pero no pagados al finalizar el año.
4. Gastos incurridos con desglose de tipo de gasto.
5. Fondos específicamente asignados al plan disponibles:
    a. Al comienzo del año.
    b. Al finalizar el año.

La responsabilidad para someter los informes que sean requeridos será del patrono que estableció el Plan Privado. Sin embargo, el asegurador que suscribe el plan asumirá esta responsabilidad. Al someter dichos informes, un asegurador podrá

consolidar la experiencia obtenida de todos los Planes Privados administrados bajo la Ley.

Los informes presentados bajo esta sección del Reglamento en cuanto a cualquier plan serán confidenciales y no estarán a la disposición de persona alguna, con excepción de un empleado del Negociado que utilice esta data con propósitos de análisis estadísticos del Negociado.

Sección 5- *Revisión de los Planes Privados*

Cada Plan Privado podrá ser revisado por el Negociado en cualquier momento en que el Secretario, lo considere necesario para asegurar el continuo cumplimiento con la Ley y este Reglamento.

Será mandatorio mantener disponibles en el lugar de operaciones en Puerto Rico todos los documentos relacionados con un Plan Privado, por un periodo no menor de tres (3) años.

Sección 6- *Retiro de la Aprobación del Plan Privado*

A) El Secretario podrá en cualquier momento retirar o revocar la autorización para administrar cualquier Plan Privado, si se determina que:

1. Los beneficios acumulados, o por acumularse, corren peligro de no ser pagados; o
2. La garantía prestada por el asegurador de un plan que tiene seguro propio para el pago de beneficios es insuficiente; o
3. Ha surgido un incumplimiento de los términos y condiciones del Plan Privado; o
4. El pago de los beneficios no se hace a tiempo; o
5. El patrono que provee beneficios bajo la Ley está derivando una ganancia al administrar el Plan Privado; o
6. El patrono o el asegurador ha fallado en cumplir con las disposiciones de la Ley y/o el Reglamento; o
7. El patrono o el asegurador ha permitido la intervención de terceros no autorizados en el trámite de las reclamaciones; o
8. El patrono o el administrador ha permitido la utilización de información, notas médicas y /o documentos médicos o de otra índole provenientes de otras líneas, programas de manejo de incapacidad, médicos consultores o seguros adicionales que tengan contratados con el patrono, intermediarios o con una aseguradora en el trámite de las reclamaciones de SINOT; o
9. Como resultado de una intervención realizada, se determina que el patrono o asegurador ha incumplido con las disposiciones de Ley, Reglamento o procedimientos vigentes.

Aquel patrono que mantenga un plan privado ya sea con una aseguradora o como patrono auto asegurado, el cual se determine que mantiene o promueve la práctica de la utilización de información, notas médicas y/o documentos médicos o de otra índole proveniente de otras líneas, programas de manejo de incapacidad, médicos consultores o seguros adicionales que tenga contratados con una aseguradora o intermediarios en el trámite de las reclamaciones de SINOT, le será cancelado el mismo, por lo que pasará a estar cubierto por el plan de gobierno.

El Secretario, no podrá dar por terminado un Plan Privado por cualquiera de las razones anteriormente mencionadas sin que se envíe al Administrador del Plan Privado una notificación al efecto. Además, si el patrono o el Administrador del Plan Privado no está de acuerdo con la decisión tomada, podrá dentro del término de veinte (20) días a partir de la fecha de envío del aviso de terminación, solicitar al Secretario una revisión según se provee en la Ley. En caso de que no se solicite la revisión de la decisión emitida para terminar el plan privado dentro del término anteriormente mencionado, la misma será considerada como final y firme.

Sección 7- *Terminación y Modificación de un Plan Privado*

Un Plan Privado que esté asegurado será descontinuado si la compañía aseguradora ha notificado la cancelación de la póliza debido a la falta de pago de la prima, siempre que el asegurador haya notificado al Secretario por lo menos con treinta

(30) días de anticipación. La terminación del Plan será efectiva una vez el Negociado emita la notificación al respecto. Esta notificación emitida por el Negociado será situada por el patrono en un sitio visible, por un periodo no menor de treinta (30) días en el sitio o sitios de trabajo, para que los empleados asegurados por el plan tengan conocimiento de la terminación al mismo.

Un Plan Privado que no requiere contribuciones de los empleados puede ser terminado para todas o una clase de empleados, al primero de julio, después que ha estado en vigor por lo menos durante el año. El patrono deberá solicitar la cancelación por escrito al Secretario no más tarde del 30 de abril de ese año.

Un Plan Privado que requiere contribuciones de los empleados, será terminado al comienzo del trimestre natural después que ha estado en vigor por lo menos durante un año. El Secretario determinará, a base de la prueba que se le suministre, si la mayoría de los empleados asegurados por el plan, en cuyo caso corresponderá al cincuenta (50%) por ciento más uno (1), consienten la terminación del mismo.

Las disposiciones de un Plan Privado pueden ser modificadas en cualquier momento. Las modificaciones relacionadas con beneficios o contribuciones y/o primas deberán ser sometidas por escrito y tienen que cumplir siempre con todos los requisitos sobre la aprobación de los Planes Privados incluyendo la presentación de dicha solicitud. Aquellas solicitudes de modificación para otros propósitos

podrán ser presentadas en cualquier momento. La solicitud de modificación incluirá una notificación a los empleados; y si los trabajadores aportan parte de la contribución, se necesitará la aprobación de la mayoría de los empleados asegurados. El Secretario será quien las apruebe o deniegue.

El Secretario requerirá una computación al patrono por las contribuciones requeridas bajo la Sección 8 de la Ley por cualquier trimestre natural en que se haya determinado que un Plan Privado no cumplió con su obligación de pagar beneficios.

El Negociado establecerá el procedimiento para el retiro de la autorización para administrar el Seguro por Incapacidad (aseguradoras y patronos auto asegurados).

Dicho procedimiento deberá garantizar que se le otorgarán al Administrador las oportunidades necesarias para el cumplimiento de la Ley y este Reglamento y procedimientos vigentes antes del comienzo del retiro de la autorización.

Sección 8- *Intercambio de Información entre los Administradores de Planes*

Si un Plan Privado necesitare información relacionada con los ingresos recibidos por un reclamante durante un año básico o con los beneficios de Seguro por Desempleo, para determinar si el reclamante tiene derecho a los beneficios, el Administrador del Plan Privado la solicitará a través de la Sección de Planes Privados del Programa en el formulario correspondiente. La Sección de Planes Privados suministrará dicha

información al Administrador del Plan Privado. En caso de que el Administrador actual necesitare información relacionada con los beneficios anteriores que recibió el reclamante para determinar la elegibilidad a los beneficios que reclama al presente, solicitará la misma al Administrador anterior, el cual suministrará la información requerida.

Si un Plan Privado necesitare información relacionada con el empleo o con los beneficios de un reclamante bajo otro Plan Privado, solicitará la misma al Administrador del Plan Privado correspondiente, el cual suministrará la información requerida. Si el Administrador de un Plan Privado necesitare información relacionada con la reclamación presentada por un reclamante por Compensación por Accidentes del Trabajo, para determinar el derecho del reclamante a los beneficios, el Administrador del Plan Privado la requerirá a través de la Oficina de Coordinación con la Corporación del Fondo del Seguro del Estado en el formulario prescrito para esos efectos.

En caso de que el Programa necesitare información relacionada con los beneficios anteriores del reclamante para determinar su derecho a beneficios, solicitará la misma del Administrador del Plan, el cual suministrará la información requerida.

Sección 9- *Contribuciones de los Empleados*

Las cantidades deducidas de los salarios de los empleados como contribuciones a un Plan Privado aprobado serán consideradas como fondos en fideicomiso y podrán ser usadas solamente para proveer beneficios bajo dicho plan, para el pago de los gastos operacionales o administrativos relacionados con las reclamaciones del SINOT y computaciones determinadas por el Secretario bajo la Ley en relación con el mismo. Ninguna parte de las contribuciones de los empleados o la ganancia o incremento resultante de las mismas podrá ser utilizada para el propio beneficio o lucro del administrador del plan privado.

Sección 10- *Disposición del Exceso Acumulado de las Contribuciones de los Empleados*

Un patrono podrá utilizar cualquiera de los siguientes métodos o combinación de los mismos para disponer de cualquier exceso acumulado de las contribuciones de los empleados sobre el costo neto del Plan Privado:

1. Reducir o suspender la deducción de contribuciones de los empleados por un periodo suficiente hasta que se haya dispuesto del exceso.
2. Devolver de una manera justa y equitativa el exceso a los empleados asegurados por el Plan Privado, disponiéndose que tal acción deberá ser aprobada por el Secretario antes de implantarse la misma.
3. Aumentar los beneficios por incapacidad provistos por el Plan Privado en forma temporera o permanentemente, sin costo adicional a los empleados.

Si la cantidad del exceso de la contribución de los empleados fuera tan pequeña que sería impracticable el uso de los métodos de disposición mencionados anteriormente, la cantidad podrá ser retenida y sumada a cualesquiera otras cantidades acumuladas hasta tanto haya una cantidad suficiente que permita el uso de cualquiera de los métodos precedentes. Esta acción deberá ser aprobada por el Secretario antes de implantarse.

Un exceso de las contribuciones de los empleados en cualquier año podrá ser compensado, en su totalidad o en parte, por el costo del patrono en el año anterior o el siguiente, disponiéndose que el costo del patrono en cualquier año puede ser utilizado para dicha compensación solamente una vez.

Sección 11- *Rembolso del Exceso de las Contribuciones de los Empleados*

Si una persona estuvo empleada en más de un empleo asegurado durante una o más semanas y como resultado, las deducciones hechas de sus salarios en el año natural excedieron la suma de:

A) el treinta (30%) por ciento del total de sus salarios en empleo asegurado, sin tomar en consideración cualquier parte del total de sus salarios en empleo asegurado que exceda de nueve mil ($9,000) dólares;

B) más cualesquiera contribuciones adicionales aprobadas bajo un Plan Privado para el pago de beneficios adicionales, el Administrador del Plan Privado correspondiente reembolsará el exceso al empleado, mediante previa solicitud escrita al Negociado. Dicha solicitud deberá efectuarse dentro de:

1) un (1) año a partir de la fecha en que se realizó dicho pago; o
2) tres (3) años a partir del último día del periodo con respecto al cual se realizó dicho pago.

El Secretario impondrá a cualquier Plan Privado bajo el cual estaba empleada la persona en el año en cuestión, una cantidad prorrateada del reembolso por concepto de contribuciones pagadas en exceso por el empleado. Dicha cantidad prorrateada será proporcional a la cantidad de contribuciones pagadas por los empleados. El Administrador privado pagará al Negociado la cantidad de la derrama.

Sección 12- *Pago de Beneficios bajo un Plan Privado*

Los beneficios bajo un Plan Privado serán pagados dentro de cinco (5) días laborables a partir de la determinación de la primera semana por la cual son pagaderos los beneficios o dentro de diez (10) días laborables a partir de la fecha de la presentación de la reclamación, cualesquiera de ambas que sea posterior. De ahí en adelante los beneficios se pagarán semanalmente, dentro de cinco (5) días

laborables después de finalizar la semana. Los beneficios bajo un Plan Privado podrán pagarse a base de una semana natural o de una semana de beneficios.

Sección 13- *Obligaciones de un Patrono Sucesor*

De surgir un cambio de patrono, el sucesor asumirá las obligaciones y responsabilidades del antecesor según lo dispuesto en la Sección 9 (h) de la Ley. El sucesor será responsable del cumplimiento del Plan Privado y/o del Seguro Voluntario en la misma forma que el patrono de quien el sucesor adquirió la organización, comercio o negocio.

El sucesor podrá modificar o terminar el Plan Privado siguiendo las disposiciones del Articulo VII Sección 7 de este Reglamento.

El sucesor se hará responsable de cualesquiera derramas adeudadas por el patrono anterior. El Secretario podrá cobrar dichas derramas según lo dispone la Sección 9 (h) de la Ley para el cobro de otras obligaciones.

Sección 14- *Continuación de un Plan Privado de un Antecesor*

Una vez el Plan Privado ha sido transferido al sucesor, el mismo deberá incluir la misma clase o clases de empleados y la misma unidad separada, planta, departamento o establecimiento que incluyera el plan con respecto al predecesor, a menos que sea modificado. El Plan Privado de un predecesor podrá extenderse sin

modificación a otras clases, unidades, plantas, departamentos, o establecimientos, una vez sea transferido, si:

a) A los trabajadores que van a estar asegurados por el plan inmediatamente después del cambio de patrono no se les requiere que contribuyan al costo del plan; o
b) La clase o clases de trabajadores asegurados por el plan inmediatamente anterior al cambio de patrono constituyen una mayoría de los trabajadores en la misma clase o clases empleadas por el sucesor inmediatamente después del cambio de patrono; o
c) Una mayoría de los trabajadores en la clase o clases aseguradoras por el plan empleados por el sucesor inmediatamente después del cambio del patrono consienten por escrito sobre las disposiciones del plan.

Artículo VIII-*Confidencialidad de los Récords*

No se suministrará información a ninguna agencia, servicio o departamento, hasta que se haya sometido al Secretario una solicitud por escrito haciendo constar la información específica que se interesa, el propósito específico para el cual dicha información ha de usarse y el nombre o nombres de las personas autorizadas por su principal para recibir dicha información del Secretario.

Excepto en cuanto a lo que en contrario se dispone en la Ley, cualquier información obtenida de la unidad de empleo, de un Administrador del Plan Privado, Plan Público, o de alguna persona en la administración de la Ley, y de determinaciones en cuanto a los derechos de beneficios de cualquier persona, serán mantenidas como confidenciales y no serán divulgadas ni ofrecidas a inspección pública en forma alguna que revele la identidad de la persona o de la unidad de empleo. A cualquier reclamante o a su representante legal, se le suministrará información de los récords del Administrador de Plan, Público o Privado hasta donde sea necesario para la debida presentación de su reclamación en cualquier procedimiento bajo la Ley que tenga relación con dicha reclamación.

Sujeto a aquellas restricciones que el Secretario considere necesarias, puede haber información disponible para cualquier agencia de Puerto Rico o cualquier agencia federal o de algún estado encargado de la administración de un programa similar de beneficios por incapacidad. Se podrá suministrar a otras agencias del gobierno aquella información que a juicio del Secretario no impida el funcionamiento ni sea inconsistente con los propósitos de un sistema de seguro social de beneficios por incapacidad temporera no ocupacional.

Artículo IX-*Separabilidad*

Si cualquier artículo, sección, parte, párrafo o cláusula de este Reglamento fuera declarada nula por cualquier tribunal de jurisdicción competente, la sentencia

dictada a tal efecto no afectará ni invalidará el resto de este Reglamento, sino que su efecto estará limitado a la parte que hubiera sido declarada nula.

Artículo X-*Derogación*

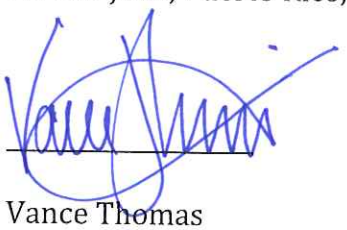
Este Reglamento deroga el Reglamento Núm. 3052, conocido como ***Reglamento Núm. 2 para establecer los procedimientos a Seguirse en la Reclamación y Pago de los Beneficios Concedidos al Amparo de la Ley Núm. 139, y para el Establecimiento, Aprobación y Reglamentación de los Planes Privados*** y su posterior enmienda el Reglamento Núm. 3404. Asimismo, este reglamento deroga toda regla que en algún otro Reglamento del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos resulte incompatible con este.

Artículo XI- *Vigencia*

Conforme al inciso (g) de la Sección 6 de la Ley Núm. 139 de 26 de junio de 1968, *según enmendada*, este Reglamento entrará en vigor diez (10) días después de su presentación en el Departamento de Estado y de ser publicado en uno o más periódicos de circulación general en Puerto Rico.

Yo, Vance Thomas, Secretario del Trabajo y Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en virtud de la autoridad que me confiere la Sección 6 de la Ley Núm. 139 de 26 de junio de 1968, *según enmendada*, las secciones 3 y 4 de la Ley Núm. 15 de 14 de abril de 1931, *según enmendada,* y de la Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, *según enmendada,* por la presente apruebo y adopto el presente Reglamento.

En San Juan, Puerto Rico, hoy__ de_____ de 2016.



Vance Thomas
Secretario del Trabajo y
Recursos Humanos