



# CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

## POR SUS BENEFICIOS DE INCAPACIDAD



**ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO**  
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.

Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés).

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, visite **al sitio Web de la agencia**.

Para solicitar publicaciones o para hablar con un asesor sobre beneficios, comuníquese con EBSA **electrónicamente**.

O llame a nuestro número gratuito: **1-866-444-3272**.

Este material estará disponible en formatos alternativos según solicitud para personas discapacitadas.

Teléfono de voz: **(202) 693-8664**

TTY: **(202) 501-3911**

Este folleto es una pequeña guía de cumplimiento de la entidad para efectos de la Ley de Aplicación de Regulaciones de Pequeños Negocios de 1996.

## Introducción



**Si participa en un plan de trabajo que provee beneficios de incapacidad, este folleto describe algunas de las obligaciones de su plan y explica brevemente los procedimientos y cronogramas para presentar un reclamo por sus beneficios de incapacidad.**

La Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés) protege sus beneficios de incapacidad y establece estándares para quienes administran su plan. Entre otras cosas, la ley y las reglas relacionadas incluyen lo siguiente:

- Requisitos para procesar reclamos de beneficios;
- El cronograma para una decisión; y
- Sus derechos cuando un reclamo es denegado.

Las reglas para los reclamos de incapacidad analizadas en este folleto generalmente se aplican a las personas que reciben beneficios de incapacidad de un plan de empleo del sector privado. Sin embargo, existen estas excepciones:

- Si los beneficios de su plan dependen de alguien que no sea el plan que emite un dictamen de incapacidad; o
- Para planes patrocinados por el gobierno o la mayoría de las entidades religiosas.

Por ejemplo, si, bajo los términos de un plan de pensión, el plan pagará beneficios a una persona a quien el plan de incapacidad a largo plazo del empleador o la Administración del Seguro Social consideró incapacitado, las reglas de ERISA para los reclamos de pensión cubrirían el reclamo de beneficios de pensión, no las reglas de los reclamos de incapacidad.

Si no está seguro si ERISA aplica en su caso, comuníquese con el administrador de su plan para obtener más información.

## **Asistencia de idiomas**

Si vive en un condado donde el 10 por ciento o más de la población está alfabetizada en el mismo idioma que no es inglés, el plan tiene que proveer asistencia en el lenguaje oral de ese idioma y proporcionar notificaciones por escrito en ese idioma si se solicita. En estos condados, las notificaciones de denegación de beneficios tienen que incluir una declaración destacada en el idioma relevante que no sea inglés sobre la disponibilidad de asistencia lingüística.

## **Revisión de información de su plan**

Cuando se inscriba por primera vez en el plan de su empleador, recibirá un documento denominado Resumen de la descripción del plan (SPD, por sus siglas en inglés). Proporciona una descripción detallada del plan: cómo funciona, qué beneficios provee, cómo presentar un reclamo de beneficios y las limitaciones que pueden aplicarse. También describe sus derechos y responsabilidades bajo ERISA y su plan. Si usted participa en un plan de negociación colectiva de un empleador individual, los procedimientos de presentación de su reclamo, queja formal y apelación también pueden verse afectados por el acuerdo de la negociación colectiva.

Antes de solicitar beneficios, revise el Resumen de la descripción del plan para asegurarse de cumplir con los requisitos del plan de incapacidad y comprender los procedimientos de presentación de reclamos. Algunas veces, los procedimientos de reclamos se encuentran en un folleto separado. Si no tiene una copia de los procedimientos de reclamos o del Resumen de la descripción de su plan, comuníquese con el administrador de su plan, quien debe proporcionarle una copia. Conserve una fotocopia o documentación similar de su solicitud para su archivo.

## **Cómo presentar un reclamo**

Un primer paso importante es consultar su Resumen de la descripción del plan a fin de asegurarse de cumplir con los requisitos de su plan para recibir beneficios. Además, esté al tanto de qué requiere su plan para presentar un reclamo. El folleto de procedimiento de reclamos o Resumen de la descripción de su plan tiene que incluir información sobre dónde y qué presentar y a quién contactar si tiene preguntas acerca de su plan. Si esa información no se encuentra en los folletos, escriba al administrador de su plan, al departamento de recursos humanos de su empleador (o la oficina que normalmente maneja los reclamos) o a su empleador para notificar que tiene un reclamo. Guarde una copia de la carta para su archivo. Quizá también desee enviar la carta por correo certificado, con solicitud de acuse de recibo, para tener un registro de que la carta se recibió y quién la recibió.

Si un representante autorizado presentará el reclamo en su nombre, su plan puede requerir que usted complete una forma para designar al representante. El representante autorizado tiene que seguir el procedimiento de reclamos del plan descrito en el Resumen de la descripción del plan.

Cuando presenta un reclamo, asegúrese de guardar una copia para su archivo. Nota: Generalmente, los planes no pueden cobrar dinero por presentar reclamos y apelaciones.

## Esperando una decisión sobre su reclamo

ERISA establece límites de tiempo específicos para que los planes evalúen su reclamo y le informen la decisión. Los límites de tiempo se cuentan en días civiles, de modo que los fines de semana y días festivos están incluidos. Los planes deben pagar o proporcionar beneficios en un tiempo razonable después de que se aprueba un reclamo, aunque ERISA no especifica un límite de tiempo. Consulte el Resumen de la descripción del plan para saber cómo y cuándo se pagan los beneficios.

Los reclamos de incapacidad se tienen que decidir en un período de tiempo razonable. Generalmente, si envía un reclamo de incapacidad, **el plan tiene que tomar una decisión dentro de 45 días después de recibir el reclamo**. Existen algunas circunstancias que podrían extender el cronograma:

SI...	Y EL PLAN...	EL PLAN PUEDE EXTENDER LA FECHA LÍMITE PARA TOMAR UNA DECISIÓN...
El plan necesita más tiempo para la revisión, por razones que están fuera su control	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le dice, dentro del período inicial de 45 días, que necesita más tiempo.</li> <li>Explica el por qué.</li> <li>No solicita ninguna información adicional necesaria.</li> <li>Le dice cuándo planea tomar una decisión final.</li> </ul>	Hasta 30 días
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le dice, dentro del período inicial de 45 días, que necesita más tiempo.</li> <li>Explica el por qué.</li> <li><b>Solicita información adicional</b> (en cuyo caso el plan tiene que darle al menos 45 días para proporcionar la información).</li> <li>Le dice cuándo planea tomar una decisión final.</li> </ul>	Hasta 30 días después de recibir la información O cuando finaliza el período de tiempo para proporcionar la información, lo que ocurra primero.
El plan necesita más tiempo para la revisión después de la primera extensión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le notifica antes de que la primera extensión expire.</li> </ul>	Hasta 30 días más.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le notifica antes de que la primera extensión expire, y</li> <li><b>Solicita información adicional</b> (lo que le da al menos 45 días para proporcionar la información).</li> </ul>	Hasta 30 días después de recibir la información O cuando finaliza el período de tiempo para proporcionar la información, lo que ocurra primero.

Para algunas extensiones adicionales, el plan necesita su consentimiento. El plan tiene que notificarle si su reclamo fue denegado antes de la finalización del tiempo asignado para la decisión.

Si deniega su reclamo, el administrador del plan tiene que enviarle una notificación, por escrito o electrónicamente. La notificación debe incluir lo siguiente:

- Una explicación detallada de por qué su reclamo fue denegado. Si es aplicable, la notificación debe explicar por qué el plan no estuvo de acuerdo con la opinión de un profesional médico o experto vocacional (incluidos aquellos que lo trataron y aquellos cuyo consejo fue obtenido por el plan), o una determinación de incapacidad realizada por la Administración del Seguro Social;
- Una referencia a las estipulaciones específicas del plan en las que se basa la denegación;
- Una declaración de que usted tiene derecho a recibir copias de todos los documentos relevantes para su reclamo de beneficios, si se solicita y sin costo alguno para usted;
- Las reglas, las pautas, los protocolos, los estándares u otros criterios similares del plan en los que se basa la denegación del reclamo, o una declaración de que dichos documentos no existen; y
- Una descripción del proceso de apelación del plan, incluyendo los límites de tiempo involucrados y una declaración de su derecho a presentar su reclamo ante los tribunales si deniegan el reclamo en la apelación.

## Cómo apelar un reclamo denegado

Los reclamos son denegados por diversas razones. Tal vez usted no es elegible para beneficios. O quizá el plan simplemente necesita más información sobre su reclamo. Cualquiera que sea el motivo, usted tiene al menos 180 días para presentar una apelación (consulte su Resumen de la descripción del plan o el procedimiento de reclamos para ver si su plan ofrece un período más prolongado).

Utilice la información que se encuentra en la notificación de denegación de su reclamo al preparar su apelación. Incluya en su apelación toda la información relacionada con su reclamo, en particular cualquier información o evidencia adicional que desea que el plan considere, y entréguelo a la persona especificada en la notificación de denegación antes de que finalice el período de 180 días.

## Revisando una apelación

En la apelación, su reclamo tiene que ser revisado por alguien nuevo que analice toda la información enviada y consulte con profesionales médicos calificados si hay un criterio médico involucrado. Este revisor no puede ser la misma persona que tomó la decisión inicial o el subordinado de esa persona, y el revisor no debe considerar la decisión inicial.

Las apelaciones de incapacidad deben ser revisadas dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 45 días después de que el plan recibe su solicitud para revisar un reclamo denegado. Si el plan determina que hay circunstancias especiales que justifican una extensión, el plan puede tardar hasta 45 días adicionales para decidir la apelación. Sin embargo, antes de tomar la extensión, el plan tiene que notificarle por escrito durante el primer período de 45 días explicando las circunstancias especiales, y la fecha para la cual el plan espera tomar la decisión.





Existen dos excepciones a estos límites de tiempo:

- Los **planes de negociación colectiva de un empleador individual** generalmente pueden utilizar un proceso de queja formal de negociación colectiva para el procedimiento de apelación de sus reclamos si tiene estipulaciones sobre la presentación, determinación y revisión de los reclamos de beneficios.
- Los **planes de negociación colectiva de empleadores múltiples** tienen plazos especiales que les permiten programar revisiones de apelación de reclamos de incapacidad para las reuniones trimestrales regulares del consejo directivo.

Si participa en uno de esos planes y tiene preguntas acerca de los procedimientos de su plan, puede consultar el acuerdo de negociación colectiva y el Resumen de la descripción de su plan o ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo al **1-866-444-3272**.

Su plan no puede denegar su apelación basándose en pruebas o fundamentos que no se incluyeron cuando se denegó el beneficio por primera vez, a menos que reciba una notificación de la nueva información y una oportunidad razonable de responder antes de que se tome la decisión del plan. Por ejemplo, si, durante la consideración de su apelación, el plan hace que se genere un nuevo informe médico, el plan tiene que proporcionarle cualquier evidencia nueva o adicional en ese informe antes de que finalice el período de 45 días y a usted le tienen que ofrecer una oportunidad razonable de responder.

Los planes pueden requerir dos niveles de revisión de un reclamo de incapacidad denegado para finalizar el proceso de reclamos del plan. En esos casos, el período de tiempo máximo para cada revisión generalmente es la mitad del período permitido para una revisión. Por ejemplo, un plan con

un nivel de apelación tiene que revisar un reclamo de incapacidad dentro de 45 días después de que el plan recibe su apelación. Si el plan requiere dos apelaciones, ambas revisiones tienen que completarse dentro de 45 días. Si su apelación sigue siendo denegada después de la primera revisión, el plan tiene que permitir un período de tiempo razonable (pero no 180 días completos) para presentar la segunda revisión.

Una vez que el plan toma una decisión final sobre su reclamo, el plan tiene que enviarle una explicación de la decisión por escrito. La notificación debe incluir lo siguiente:

- Una explicación detallada de por qué su reclamo fue denegado. Si es aplicable, la notificación debe explicar por qué el plan no estuvo de acuerdo con la opinión de un profesional médico o experto vocacional (incluidos aquellos que lo trataron y aquellos cuyo consejo fue obtenido por el plan), o una determinación de incapacidad realizada por la Administración del Seguro Social;
- Una referencia a las estipulaciones específicas del plan en las que se basa la decisión.
- Información sobre cualquier nivel de apelación voluntaria adicional;
- Una explicación de su derecho a recibir documentos que sean relevantes para su reclamo de beneficios de forma gratuita;
- Las reglas, las pautas, los protocolos, los estándares u otros criterios similares del plan en los que se basa la denegación de la apelación, o una declaración de que ninguno existe; y
- Una descripción de sus derechos a buscar una revisión judicial de la decisión del plan, incluida una descripción de cualquier período de limitaciones contractuales aplicables y su fecha de expiración.

## Si se deniega su apelación

Si la decisión final del plan es denegar su reclamo, tal vez desee buscar consejo legal relativo a sus derechos para objetar la denegación ante los tribunales. Normalmente, tiene que completar el proceso de reclamo de su plan antes de presentar una demanda ante los tribunales para objetar la denegación de un reclamo.

Sin embargo, puede presentar su reclamo inmediatamente ante los tribunales si su plan no estableció, o no siguió, las reglas del procesamiento de reclamos (a no ser que la infracción del plan sea mínima). Si un tribunal rechaza su solicitud de revisión inmediata de un reclamo denegado, el plan tiene que tratar el reclamo como presentado nuevamente en la apelación.

Si cree que su plan no estableció o siguió un procedimiento de reclamos consistente con las reglas del Departamento, quizá desee buscar consejo legal relativo a su derecho a solicitarle a un tribunal que revise su reclamo de beneficios sin esperar una decisión del plan. Quizá también desee contactar la oficina de EBSA más cercana para hablar de sus derechos si cree que el plan no siguió alguno de los requisitos de ERISA sobre el manejo de su reclamo de beneficios.

## Protecciones adicionales

Su plan debe decidir tanto los reclamos como las apelaciones de una manera independiente e imparcial. Por ejemplo, una persona que decide su reclamo, o cualquier experto médico o vocacional involucrado en la decisión, no puede ser contratada, promovida, despedida o compensada en función de la probabilidad de que esa persona respalde la denegación de beneficios.



Los derechos analizados en este folleto también se aplican a ciertas rescisiones (suspensión o cancelaciones retroactivas) de cobertura de incapacidad, por ejemplo, debido a supuestas tergiversaciones en su solicitud de cobertura. Las rescisiones por la falta de pago de primas no están cubiertas por estas reglas.

## Cómo presentar un reclamo - resumen

- Consulte el procedimiento de beneficios y reclamos de su plan antes de presentar un reclamo. Lea su Resumen de la descripción del plan. Comuníquese con el administrador de su plan si tiene preguntas.
- Una vez que se presenta su reclamo, el período de espera máximo admisible para una decisión es de 45 días. Su plan puede extender ciertos períodos de tiempo, pero tiene que notificarle antes de hacerlo. Usualmente, usted recibirá una decisión dentro de este plazo.
- Si deniegan su reclamo, tiene que recibir una notificación por escrito, que incluya información específica sobre por qué se denegó su reclamo y cómo presentar una apelación.
- Tiene al menos 180 días para solicitar una revisión completa e imparcial de su reclamo denegado. Use el procedimiento de apelaciones de su plan y tenga en cuenta que puede necesitar recopilar y enviar nueva evidencia o información para ayudar al plan a revisar el reclamo.
- La revisión de su apelación puede tardar hasta 45 días. La ley y las reglas del Departamento permiten que el plan de incapacidad tenga tiempo adicional si el administrador del plan le ha notificado de antemano la necesidad de una extensión.
- Si se deniega la apelación, la notificación por escrito tiene que informarle por qué se denegó, describir los niveles de apelación o los procedimientos voluntarios de apelación ofrecidos por el plan, y contener una declaración con respecto a sus derechos de solicitar una revisión judicial de la decisión del plan.
- Puede decidir buscar consejo legal si la apelación de su reclamo es denegada o si el plan no estableció ni siguió procedimientos de reclamos razonables. Si cree que el plan no siguió los requisitos de ERISA, puede comunicarse con EBSA para discutirlo.

## Recursos

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, visite [nuestro sitio Web](#).

Para solicitar publicaciones o la asistencia de un asesor sobre beneficios, comuníquese con nosotros [electrónicamente](#) o llame a nuestro número gratuito: [1-866-444-3272](#).



**ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO**  
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.

Septiembre 2020