

**COMBINED LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK
INSTRUCCIONES PARA SOMETER RECLAMACIONES DE
ACCIDENTE Y ENFERMEDAD**

Si desea someter reclamación solo por el beneficio medico bajo su póliza de accidente, un blanco de reclamación puede no ser necesario si usted somete la siguiente información en una manera oportuna:

- Factura medica debidamente desglosada claramente indicando el nombre y dirección del paciente
- Diagnostico y naturaleza de la lesion
- Fecha y descripción de como, donde y cuando ocurrió el accidente
- Póliza(s) y numero de forma(s) – **Si, en adición a su propia póliza usted es depende bajo otra póliza, favor de incluir esta póliza también**

Si esta sometiendo reclamo por incapacidad y/o reclusion en el hospital, un blanco de reclamación es requerido. Ayudenos a evitar demoras. Por favor responda a todas las preguntas aplicables en la forma de reclamación.

PARA EMPEZAR

Debe bajar o trasvasar la forma de reclamación. Usted puede completar la información del reclamante (primera pagina) en línea; sin embargo, usted no podra someter esta información electronicamente. Sigue las instrucciones de la Primera Pagina debajo y al completar la primera pagina, imprima el documento (que seran dos paginas). Ponga su firma y fecha en la primera pagina incluyendo la Autorización para Obtener Información.

Su medico debe completar la Declaración del Doctor que lo Atendio en la Segunda Pagina. Y, si usted esta reclamando incapacidad, su empleador debe completar la Declaración del Patrono que encontrara en la parte superior de la Segunda Pagina.

**PRIMERA PAGINA
DEBE SER COMPLETADA POR EL RECLAMANTE**

Por favor asegurese de darnos su nombre y domicilio completo y corriente en la forma de reclamación ya que cualquier pago y/o correspondencia se le enviará al domicilio indicado en la forma de reclamación.

Indique sus numeros de póliza en la forma de reclamación. Esto nos ayudara con una respuesta mas oportuna.

Si esta sometiendo reclamo por enfermedad, llene la sección de la forma relacionado a síntomas y diagnostico. Para pérdida debido a lesion corporal accidental, favor de completar la sección de Accidente de la forma incluyendo una descripción detallada de como ocurrió el accidente.

Si estuvo hospitalizado(a), debe proporcionar el nombre y domicilio del hospital incluyendo la fecha de admission y la fecha de alta. Por favor también envíe una copie del la factura desglosada incluyendo en numero de días que estuvo internado.

Si estuvo incapacitado(a) y tiene cobertura de incapacidad, proporcione las fechas exactas de incapacidad total y/o incapacidad parcial. Si sigue incapacitado(a) al someter la forma de reclamación, otra forma se le enviará para su incapacidad continua.

Por favor asegurese de firmar y fechar la Autorización Para Obtener Información localizada en la parte inferior de la forma. Esto puede impedir demoras innecesarias en caso de que necesitémos información adicional.

**SEGUNDA PAGINA
DEBE SER COMPLETADA POR SU MÉDICO Y EMPLEADOR**

Si esta empleado fuera de su hogar, el empleador tiene que verificar su incapacidad ya sea completando Sección F – Declaración del Patrono. Si el asegurado es un estudiante, el Principal de escuela debe completar esta sección.

El medico principal tiene que completar Sección G – Declaración del Doctor que lo Atendio completamente incluyendo el diagnostico, una descripción del origen de la condición y fechas de tratamiento. Si su reclamo consiste en incapacidad y/o hospitalización, estas fechas tienen que ser incluídas por su medico. **Falta de asegurarse que su medico llene toda información necesaria en la forma de reclamación puede causar demoras en el proceso de su reclamación.**

Para sus archivos, sugerimos que mantenga cópia de la forma de reclamación completada y facturas que sométa. Anote la fecha de envio por correo. Envíe las dos paginas de la forma completada y cualquier anexo a:

COMBINED INSURANCE
CLAIM DEPARTMENT
P O BOX 6700
SCRANTON, PA 18505-0700