

COMBINED INSURANCE COMPANY OF AMERICA

HOME OFFICE • 5050 BROADWAY • CHICAGO, ILLINOIS 60640

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA RECLAMAR

1. Solo esta forma es necesaria para todas las pólizas.
2. Si reclama por pérdida de tiempo, favor de hacer que su patrono o escuela llene la declaración al reverse.
3. Si se reclama por beneficios medicos u hospital, facturas detalladas deben ser anexadas.

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Nombre Completo del Reclamante <small>(Sr. / Sra. / Srta)</small>				Numero de Seguro Social		Dirección de Correo Electronico				
Favor liste otros nombres usados como apellido de soltera, apodo, etc.						Teléfono Residencial		Teléfono del Trabajo		
Dirección (Calle y Núm.)			(Pueblo)	(Estado)	(Código Postal)	Numero(s) de Polizas		Num(s) Formulario	Fecha – Ultimo Pago <small>Mes. Día Año</small>	
						a)		a)	a) / /	
Fecha De Nacimiento		Mes	Día	Año	Estatura	Peso		b)		b) / /
								b)		/ /
¿Es el reclamante elegible para Medicaid o parecido programa estatal?						c)		c)	c) / /	
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No							
Ocupación		Nombre de Patrono / Dirección del Patrono				¿Esta también reclamado bajo el Acta de Compensación Laboral? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

Si usted tiene otros seguros de accidente, enfermedad o hospitalización, escriba nombre de compañía

Si la reclamación es por ENFERMEDAD Favor llenar	Fecha de los primeros sintomas <small>Mes. Día Año</small> / /		¿Ha tenido la misma o similar condición alguna vez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<small>Mes. Día Año</small>		"SI" – Escriba Fecha/...../.....	
	Naturaleza de la enfermedad									
Si la reclamación es por ACCIDENTE Favor llenar completo	Fecha del accidente <small>Mes. Día Año</small> / /		Hora del accidente AM PM		Naturaleza de las lesiones					
	Favor de explicar exactamente donde se encontraba usted cuando ocurrió el accidente:									
	¿Qué estaba usted haciendo cuando ocurrió el accidente?									
Favor de describir en detalle como ocurrió el accidente										
Favor de llenar Para ambas Reclamaciones por ENFERMEDAD O ACCIDENTE	Nombre del hospital y dirección y fechas de reclusion <small>Mes. Día Año Desde/...../..... Hasta/...../.....</small>									
	Nombres y direcciones de los doctores que lo asistieron					Fechas de tratamiento				

A) INCAPACIDAD TOTAL: ¿Entre que fechas usted No pudo desempeñar ninguno de sus deberes? Desde/...../..... Hasta e Incluyendo/...../.....										
B) FECHA QUE REGRESO A TRABAJAR Desde/...../.....										
C) INCAPACIDAD PARCIAL: ¿Entre que fechas usted pudo solo desempeñar parte de sus deberes? Desde/...../..... Hasta e Incluyendo/...../.....										
D) SI RECLUIDO EN LA CASA, indique fechas Desde/...../..... Hasta e Incluyendo/...../.....										

¿Esta usted de acuerdo, si durante el proximo año, nosotros mencionamos los beneficios recibido bajo su reclamacion cuando le hablemos a un prospecto asegurado? Si No
Si usted no desea continuar esta autorizacion en cualquier instante, por favor llamenos al 1-800-225-4500. Gracias.

Para su protección la ley de California requiere que lo siguiente aparesca en esta forma: Cualquier persona que con conocimiento presente reclamación falsa o fraudulenta para pago de una pérdida, es culpable de un crimen y puede ser sujeto a multas o reclusion a prision estatal.

FECHA: Mes. Día Año/...../..... FIRMA: X _____
FIRMA DEL RECLAMANTE (SI ES MENOR – FIRMA DEL PADRE)

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

POR LA PRESENTE YO AUTORIZO a cualquier Hospital, Doctor o Compañia de Seguros a dar cuando le sea solicitado por la Combined Insurance Company of America, cualquier información en relación a cualquier enfermedad o lesión, historial médico o tratamiento y a entregar copia de todos los records de hospital o médicos. Una copia fotostatica de esta Autorización sera considerada tan válida como la original.

FECHA: Mes. Día Año/...../..... FIRMA: X _____
FIRMA DEL RECLAMANTE (SI MENOR – FIRMA DEL PADRE)

