

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>	
Fecha De Nacimiento			Mes	Día	Año	Estatura	Peso	a)	b)	a) / /
¿Es el reclamante elegible para Medicaid o parecido programa estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						b)		b)	b) / /	c) / /
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 <small>AM PM</small>		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? <small>Desde/...../..... Hasta e Incluyendo/...../.....</small>								
	B) FECHA QUE REGRESO A TRABAJAR <small>Desde/...../.....</small>								
C) INCAPACIDAD PARCIAL: ¿Entre que fechas usted pudo solo desempeñar parte de sus deberes? <small>Desde/...../..... Hasta e Incluyendo/...../.....</small>									
D) SI RECLUIDO EN LA CASA, indique fechas <small>Desde/...../..... Hasta e Incluyendo/...../.....</small>									

¿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.

Es contra la ley, con conocimiento, proveer información o hechos falsos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Penalidades pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que intencionalmente provee información o hechos falsos o engañosos a un asegurado o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o reclamante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera de las ganancias del seguro será reportada a la division de seguros dentro del departamento de agencias regulatorias de Colorado.

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 Compañía 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)

