

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	
¿Es el reclamante elegible para Medicaid o parecido programa estatal?					a)	a)	a) / /	
					b)	b)	b) / /	
					c)	c)	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 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</small> Desde/...../..... Hasta/...../.....							
	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.

Cualquier persona que somete una reclamación falsa, incomplete o engañosa intentando daño, fraude o engaño, puede ser culpable de una felonía bajo la ley de Delaware..

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 informacion 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)

