

# 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<br><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 De Nacimiento  |  |   | Mes      | Día                     | Año             | Estatura  | Peso   |
| ¿Es el reclamante elegible para Medicaid o parecido programa estatal?  |  |   |          |                         |                 | a)  | Fecha – Ultimo Pago<br><small>Mes. Día Año</small> |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                |  |   |          |                         |                 | b)  | a) / /   |
| 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

|   |  |  |  |                       |   |  |
|---|--|--|--|-----------------------|---|--|
| <b>Si la reclamación es por ENFERMEDAD Favor llenar</b>   | Fecha de los primeros sintomas<br><small>Mes. Día Año</small><br>/ /   |  | ¿Ha tenido la misma o similar condición alguna vez?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                       | <small>Mes. Día Año</small><br>"SI" – Escriba Fecha ...../...../..... |  |
|   | Naturaleza de la enfermedad  |  |  |                       |   |  |
| <b>Si la reclamación es por ACCIDENTE Favor llenar completo</b>   | Fecha del accidente<br><small>Mes. Día Año</small><br>/ /  |  | Hora del accidente<br><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   |  |  |  |                       |   |  |
| <b>Favor de llenar Para ambas Reclamaciones por ENFERMEDAD O ACCIDENTE</b>  | Nombre del hospital y dirección y fechas de reclusion<br><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.

Cualquier persona que intencionalmente y con intento de perjudicar, defraudar o mentirle a un asegurador, somete una declaración de reclamo o una aplicación conteniendo información falsa, incomplete o engañosa, es culpable de una felonía de tercer grado.

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 \_\_\_\_\_  
FL-S FIRMA DEL RECLAMANTE (SI MENOR – FIRMA DEL PADRE)

