

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 a)		Num(s) Formulario a)	Fecha – Ultimo Pago Mes. Día Año a) / /	
Fecha De Nacimiento		Mes	Día	Año	Estatura	Peso	b)		b) / /	
¿Es el reclamante elegible para Medicaid o parecido programa estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						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 Mes. Día Año / /			¿Ha tenido la misma o similar condición alguna vez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Mes. Día Año “SI” – Escriba Fecha/...../.....		
	Naturaleza de la enfermedad								
Si la reclamación es por ACCIDENTE Favor llenar completo	Fecha del accidente Mes. Día Año / /			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 Desde Mes. Día Año/...../..... Hasta Mes. Día Año/...../.....								
	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 con conocimiento y intento de defraudar una compañía de seguros u otras personas, somete una declaración de reclamo conteniendo cualquier información falsa, o oculta con el proposito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un crimen sujeto a juicio criminal y penalidades civiles.

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)

