

# 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)		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

<b>Si la reclamación es por ENFERMEDAD Favor llenar</b>	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> ...../...../.....		
	Naturaleza de la enfermedad								
<b>Si la reclamación es por ACCIDENTE Favor llenar completo</b>	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									
<b>Favor de llenar Para ambas Reclamaciones por ENFERMEDAD O ACCIDENTE</b>	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		...../...../.....		Hasta e Incluyendo		...../...../.....	
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 o engañar a una compañía de seguros somete una declaración falsa, incomplete o engañosa es culpable de una felonía.

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)

ID-S

