

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
						a)	a)
Fecha De Nacimiento			Mes	Día	Año	Estatura	Peso
						b)	b)
¿Es el reclamante elegible para Medicaid o parecido programa estatal?						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	<small>Mes. Día Año</small>	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 con conocimiento y intento de defraudar cualquier compañía de seguros u otra persona somete una declaración de reclamo conteniendo información materialmente falsa o oculta, para el proposito de engañar, información acerca de hechos materials, comete un acta de seguros fraudulenta, que es un crimen.

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)

