

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 De Nacimiento			Mes	Día	Año	Estatura	Peso
¿Es el reclamante elegible para Medicaid o parecido programa estatal?						a)	Fecha – Ultimo Pago
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						b)	Mes. Día Año
Ocupación						c)	a) / /
Nombre de Patrono / Dirección del Patrono						b)	b) / /
						c)	c) / /
						¿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 <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						
Favor de llenar Para ambas Reclamaciones por ENFERMEDAD O ACCIDENTE	Nombre del hospital y dirección y fechas de reclusion					
			<small>Mes. Día Año</small>		<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 dispuesta y deliberadamente presenta una reclamación falsa o fraudulenta para pago de una pérdida o beneficio o que con conocimiento y deliberadamente presenta información falsa en una aplicación para una seguridad es culpable de un crimen y puede ser sujeto a multas o reclusion en prision.

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)

