

Combined Insurance Company of America

Claim Department • PO Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700

Una persona que con conocimiento presenta una reclamación falsa o fraudulenta para pago de una pérdida o beneficios o con conocimiento presenta información falsa en una aplicación de seguro es culpable de un crimen y puede ser sujeto a multas y reclusión en prisión.

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA RECLAMAR

1. Solo ésta forma es necesaria para todas las pólizas.
2. Si se reclama por incapacidad, favor de hacer que su patrono o escuela llene la declaración al reverso.
3. Si se reclama por beneficios médicos u hospital, facturas detalladas deben ser anexadas.

SECCIÓN A
FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Nombre Completo del Reclamante (Sr. / Sra. / Srta.)				# de Seguro Social (Último 4 dígitos)		Dirección de Correo Electrónico	
Favor liste otros nombres usados como apellido de soltera, apodo, etc.				Teléfono Residencial		Teléfono del Trabajo	
Dirección Postal		Pueblo		Estado		Código Postal	
Número(s) de Pólizas		Número(s) Formulario		Fecha – Último Pago			
a)		a)		a)			
Fecha de Nacimiento		Mes		Día		Año	
Estatura		Peso					
b)		b)		b)			
¿Es el reclamante elegible para Medicaid o programa estatal parecido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Nombre de otro portador de seguros			
Ocupación		Última fecha trabajada		Ingresos Mensuales		¿Está también reclamando bajo el Acta de Compensación Laboral? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre y Dirección del Patrono			¿Está usted recibiendo SSDI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Está usted recibiendo beneficios estatales de incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN B <i>Si la reclamación es por ENFERMEDAD</i> <i>Favor llenar</i>	Fecha de los primeros síntomas		¿Ha tenido la misma o similar condición alguna vez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		"SI" – Escriba fecha	
	Naturaleza de la enfermedad					

SECCIÓN C <i>Si la reclamación es por ACCIDENTE</i> <i>Favor llenar</i>	Fecha del accidente		Hora del accidente AM PM		Naturaleza de las lesiones	
	Favor de explicar exactamente dónde se encontraba usted cuando ocurrió el accidente incluyendo una detallada descripción de cómo ocurrió el accidente					

SECCIÓN D <i>Favor de llenar Para ambas reclamaciones de ACCIDENTE</i>	Nombre del hospital, dirección, teléfono y fechas de reclusión Desde Hasta					
	Nombres y direcciones de los doctores que lo asistieron				Fechas de tratamiento	

SECCIÓN E Y <i>ENFERMEDAD</i>	A) INCAPACIDAD TOTAL: ¿Entre que fechas usted no pudo desempeñar ninguno de sus deberes?		A) Desde		Hasta e incluyendo	
	B) FECHA QUE REGRESÓ A TRABAJAR:		B)		_____	
	C) INCAPACIDAD PARCIAL: ¿Entre que fechas usted pudo solo desempeñar parte de sus deberes?		C) Desde		Hasta e incluyendo _____	

¿Está usted de acuerdo, si durante el próximo año, nosotros mencionamos los beneficios recibidos bajo su reclamación cuando le hablemos a un prospecto asegurado? Si No Si usted no desea continuar esta autorización en cualquier instante, por favor llámenos al 1-800-225-4500.

FECHA: _____

FIRMA: X _____

FIRMA DEL RECLAMANTE (Si es Menor – Firma del Padre)

AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN

Por la presente yo autorizo a cualquier Hospital, Médico, Entidad Médica, Base de Datos de Drogas Recetadas, Compañía de Seguros, agencia de gobierno estatal y federal, el Internal Revenue Service, empleador, agencia de reportaje de consumidor, o el NIM (Negociado de Información Médica) a dar cuando le sea solicitado por la Combined Insurance Company of America, cualquier información para el propósito de procesar una reclamación. Combined también es autorizada a divulgar tal información a cualquier doctor. Una copia fotostática de esta Autorización sera considerada tan válida como la original. Una copia es disponible a petición.

FECHA: _____

FIRMA: X _____

FIRMA DEL RECLAMANTE (Si es Menor - Firma del Padre)

SECCIÓN F DECLARACIÓN DEL PATRONO (Si es estudiante, el principal de escuela la llenará)

Nombre del Empleado	¿Compensación Laboral Reclamada para esta incapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección de la Oficina de Compensación
---------------------	--	--

Si empleado por su propia cuenta, dé una breve descripción de sus deberes principales

INCAPACIDAD TOTAL: ¿Entre que fechas no pudo el empleado cumplir con sus deberes? Desde Hasta	Fecha en que regresó al trabajo (o la escuela)
--	--

INCAPACIDAD PARCIAL: ¿Entre que fechas el empleado hizo solo parte de sus deberes? Desde Hasta
---	-------

Última fecha Trabajada	Ingresos Mensuales
Fecha	Título
Firma	Número de Teléfono

SECCIÓN G DECLARACIÓN DEL DOCTOR QUE LO ATENDIÓ

Nombre del Paciente	Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Edad
---------------------	-----------	-------------------------------	------

1. Naturaleza y origen de: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión	DIAGNOSTICO (Describa complicaciones, si hay alguna)
	Confirmado por rayos X? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

2. ¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas o sucedió accidente?	Fecha
---	-------------

3. ¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez por esta condición?	Fecha
--	-------------

4. ¿Cómo se originó la condición?	
-----------------------------------	--

5. ¿Ha tenido el paciente la misma o similar condición anteriormente? ("SI" Estipule cuándo, describa.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

6. Describa cualquier otra enfermedad o incapacidad que afecte la condición actual.	
---	--

7. Naturaleza de procedimiento quirúrgico u Obstetrico si alguno. (Describa detalladamente y escriba método usado si más de uno es necesario).	Fecha ¿Reducción cerrada? Método Usado ¿Reducción abierta? ¿Prótesis metálica?
--	--

8. Escriba fechas de tratamiento y naturaleza de otros tratamientos que no sean quirúrgicos.	Fechas: Naturaleza de tratamiento Oficina Residencia Hospital
--	--

9. ¿Está el paciente todavía bajo su tratamiento por esta condición? Si dado de alta, escriba fecha y grado de recobro.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha ¿Restablecido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

10. Si el paciente estuvo hospitalizado, dé nombre y dirección del hospital y fechas de reclusión.	Hospital Ciudad Estado Desde Hasta e incluyendo
--	---

11. ¿Qué tiempo estuvo o estará el paciente totalmente incapacitado?	Desde Hasta e incluyendo
--	--------------------------------------

12. ¿Qué tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado?	Desde Hasta e incluyendo
--	--------------------------------------

13. ¿Si el paciente esta incapacitado en la fecha en que usted completa esta forma, hay una fecha para el regreso al trabajo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ("Si", de la fecha del regreso al trabajo) Fecha del regresó al trabajo
---	--

NOMBRE DEL MÉDICO	FIRMA	GRADO									
DIRECCIÓN											
FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO										
DEBE SER SUMINISTRADO BAJO LA LEY											
NÚMERO DE LICENICA PARA EJERCER						TODOS LOS DEMÁS-# DE IDENT. DEL PATRONO					