

# Combined Insurance Company of America

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

Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que con conocimiento presenta reclamación para pago de una pérdida falsa o fraudulenta puede ser sujeto a penalidades criminales y civiles.

### INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA RECLAMAR

- Solo ésta forma es necesaria para todas las pólizas.
- Si se reclama por incapacidad, favor de hacer que su patrono o escuela llene la declaración al reverso.
- 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	

<b>SECCIÓN B</b> <i>Si la reclamación es por ENFERMEDAD</i> Favor llenar	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					

<b>SECCIÓN C</b> <i>Si la reclamación es por ACCIDENTE</i> Favor llenar	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					

<b>SECCIÓN D</b> <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		

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

