

# **COMBINED LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK**

## **INSTRUCCIONES PARA SOMETER RECLAMACIONES DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD**

Si desea someter reclamación solo para tratamiento medico, un blanco de reclamación puede no ser necesario si usted somete la siguiente información en una manera oportuna:

- a) Verificación de su tratamiento y el costo asociado con el mismo
- b) Su numero de póliza y forma
- c) El diagnóstico y naturaleza de la lesión
- d) Fecha y descripción de como, cuando y donde ocurrió el accidente

Si desea someter reclamación por incapacidad y hospitalización, una forma de reclamación es necesario. Ayúdenos a evitar demoras. Por favor responda a todas las preguntas aplicables en la forma de reclamación.

### **LADO PRIMERO DEBE SER COMPLETADO POR EL RECLAMANTE**

Por favor asegurese de darnos información completa sobre su nombre y domicilio corriente en la forma de reclamación adjunta ya que cualquier pago u correspondencia se enviará al domicilio indicado en la forma de reclamación recibido.

Indique su número de póliza en la forma de reclamación. Ésto nos asistirá en darle una respuesta mas oportuna.

Si desea reclamar debido a una enfermedad, llene la primera sección de la forma relacionada a síntomas y diagnostico. Para pérdidas debido a una lesión corporal accidental, por favor complete Sección Dos de la forma de reclamación incluyendo una descripción detallada indicando como ocurrió el accidente.

Si fue hospitalizado, necesita proveer el nombre y domicilio del hospital mas las fechas de ingreso al hospital y la fecha que se le dio de alta. Por favor también incluya una copia de la factura del hospital debidamente desglosada incluyendo el número de días que estuvo hospitalizado.

Si estuvo incapacitado y tiene cobertura por incapacidad, por favor indíque las fechas exactas de incapacidad. Sométa la forma despues de que haya estado incapacitado por 30 días o cuando regrese a su empleo, cual ocurra primero. Si todavía esta incapacitado cuando sométa la forma de reclamación, se le enviará otra forma para incapacidad continua.

Por favor asegurese de firmar y fechar la autorización para obtener información localizada en la parte inferior de la forma. Esto ayudara a prevenir retrasos innecesarios en caso que se necesite información adicional.

**LADO SEGUNDO**  
**DEBE SER COMPLETADO POR SU MÉDICO Y EMPLEADOR**

Si esta empleado fuera de su hogar, el empleador tiene que verificar su incapacidad. Si es estudiante, el director de su escuela debe llenar la sección apropiada.

El medico principal tiene que llenar el resto de la forma enteramente, incluyendo el diagnóstico, una descripción indicando como se originó la condición y fechas de tratamiento. Si su reclamo implica incapacidad u hospitalización, estas fechas también tienen que ser verificadas por su medico. **Falta de asegurar que su medico llene toda información necesaria en la forma de reclamación puede causar retrasos en procesar su reclamación.**

Para sus documentos, sugerimos que usted haga copia del lado de frente de la forma de reclamación y cualquier factura que sométa. Anote la fecha de envío. Envíe la forma completa y cualquier documento adjunto a:

**COMBINED LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK**  
**CLAIM DEPARTMENT**  
**ADMINISTRATIVE OFFICE**  
**5050 N. BROADWAY**  
**CHICAGO, IL 60640**