

COMBINED INSURANCE COMPANY OF AMERICA
INSTRUCCIONES PARA SOMETER RECLAMACIONES DE
ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

Si esta sometiendo reclamo solo para tratamiento medico, un blanco de reclamación puede no ser necesario si la siguiente información es sometida en una manera oportuna:

- a) Facturas medicas desglosadas claramente indicando el nombre y domicilio del paciente
- b) Numero de póliza y forma
- c) El diagnóstico o naturaleza de la lesion
- d) Fecha y descripción de como, cuando y donde ocurrió el accidente

Si desea someter reclamación por incapacidad u/o hospitalización, una forma de reclamación es necesaria. Ayudenos 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 recibida al menos que se nos dirija lo contrario.

Indique todos sus números de póliza.

Si desea reclamar debido a una enfermedad, llene la primera sección de la forma relacionada a síntomas y diagnostico. Para pérdidas debido a una lesion corporal accidental, por favor complete Sección Dos de la forma de reclamación incluyendo la información solicitada con referencia al accidente.

Si fue hospitalizado, favor de proveer el nombre del hospital y las fechas de ingreso y fecha de alta. Envíe copie de la factura desglosada para la hospitalización u otro tratamiento medico asociado con su pérdida.

Si estuvo incapacitado debido a su pérdida, indique las fechas exactas de su incapacidad. Por favor sométa la forma despúes de que haya estado incapacitado por lo menos 30 días o cuando haya regresado a su empleo, cual ocurra primero. Si todavía esta incapacitado al momento de someter su forma, una forma adicional se le enviara para la incapacidad continua.

Por favor asegurese de firmar y fechar la autorización para obtener información localizada en el fondo de la forma de reclamación. Esto ahorrara tiempo en el evento de que información adicional sea necesaria.

LADO SEGUNDO
DEBE SER COMPLETADO POR SU EMPLEADOR Y MÉDICO

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

El médico principal tiene que llenar el resto del lado segundo de la forma, indicando el diagnóstico, el origen de la condición y las fechas de tratamiento. Si recibió tratamiento como paciente interno, la fecha de servicio debe ser provista.

Fechas de incapacidad, ya sea total al igual de parcial, tienen que ser indicadas por su médico. Si todavía esta incapacitado cuando su médico llene la forma, el domicilio y número fiscal de impuestos (FID).

Para sus archivos, sugerimos que tome una copia del frente de la forma y cualquier factura(s) que usted someta. Anote la fecha de envío. Debe enviar la forma completada y cualquier documento adjunto a:

COMBINED INSURANCE COMPANY OF AMERICA
CLAIM DEPARTMENT
5050 NORTH BROADWAY
CHICAGO, IL 60640