

Hacer reclamos es fácil



Para recibir pagos de reclamos más rápido*, presente su reclamo en línea en www.CombinedInsurance.com/Claims

PRESENTAR UN RECLAMO POR CORREO

1. Descargue el formulario de reclamos
2. Imprima las seis páginas del formulario de reclamo
3. Complete la primera página del formulario de reclamo incluyendo la Sección B o C y las Secciones D y E.
4. Firme y ponga la fecha en la primera página. Hay dos áreas que debe firmar que están marcadas con una "X" en la parte inferior de la primera página
5. Pídale a su doctor que complete la Declaración del médico a cargo de la atención en la segunda página.
6. Si presenta un reclamo para una discapacidad, haga que su empleador complete la Declaración del empleador que se encuentra en la parte superior de la segunda página.
7. Firme y ponga la fecha en la Notificaciones de fraude en la página 3 del formulario de reclamo.
8. Envíe su formulario de reclamo firmado y completado con la Declaración del médico a cargo de la atención, la Declaración del empleador, si aplica, y las facturas o informes que tenga relacionados a su accidente o enfermedad a:

Combined Insurance Claim Department

PO Box 6700

Scranton, PA 18505-0700

* en promedio, los reclamos presentados en línea reciben sus pagos más rápido

Hacer reclamos es fácil



CONSEJOS ÚTILES:

Primera página (Completado por el reclamante)

Favor de incluir su nombre completo y dirección de correo actual en el formulario de reclamo ya que cualquier pago y/o correspondencia se enviará al domicilio indicado en el formulario de reclamo.

Indique sus números de póliza en el formulario de reclamo; esto nos ayudará a responder más pronto.



Accidente: Para presentar un reclamo por una pérdida debida a una lesión corporal accidental, favor de completar la sección de **Accidente** del formulario incluyendo una descripción detallada de cómo ocurrió el accidente.



Enfermedad: Para presentar un reclamo por una pérdida debida a una enfermedad, llene la sección del formulario relacionado a síntomas y diagnóstico.



Hospitalización: Si es hospitalizado, proporciónenos el nombre y la dirección del hospital incluyendo las fechas de ingreso y alta. También envíe una copia de la factura detallada del hospital incluyendo el número de días que estuvo internado.



Discapacidad: Si fue discapacitado y tiene cobertura por discapacidad, proporcione las fechas exactas de la discapacidad total y/o parcial. Si está discapacitado en el momento de someter el formulario, otro formulario le será enviado para continuar con la discapacidad.

Adicional: Por favor asegúrese de firmar y poner la fecha en la **Autorización para divulgar información de salud** localizado en la parte inferior del formulario. Esto evitará demoras innecesarias en la eventualidad de que se necesite información adicional.

Segunda página (Completado por el empleador y el doctor)

Si trabaja fuera del hogar, su empleador debe verificar su discapacidad completando la **Declaración del empleador de la Sección F**. Si el es asegurado es un estudiante, el director de la escuela debe completar esta sección.

El médico principal debe completar la **Declaración del médico a cargo de la atención, de la Sección G** por completo incluyendo el diagnóstico, una descripción de cómo se originó la condición y las fechas de tratamiento. Si su reclamo involucra una discapacidad y/o internación hospitalaria, esas fechas deben ser también incluidas por su médico. **No asegurarse de que su médico complete toda la información necesaria en el formulario de reclamo, puede causar demoras en el procesamiento de su reclamo.**

Para sus registros, sugerimos que guarde una copia del formulario de reclamo completado y de las facturas que someta. Tome nota de la fecha en que envié el reclamo. Envíe ambas páginas del formulario completado con los documentos adjuntos por correo a:

Combined Insurance Claims Department

P O Box 6700, Scranton, PA 18505-0700



Recuerde que puede recibir su pago 10 días, en promedio, más rápido cuando presenta su reclamo en línea en www.CombinedInsurance.com/Claims

* En promedio

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA PRESENTAR UN RECLAMO POR DISCAPACIDAD/TIEMPO DE TRABAJO PERDIDO
 El formulario se debe completar en detalle, incluida la declaración del empleador en la Sección C.

Sección A.
(EN LETRA DE IMPRENTA) – NO ESCRIBA

Nombre completo del reclamante (Sr. / Sra. / Srta.)					Relación con el titular de la póliza/del certificado <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo			Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Indique otros nombres que puede usar como nombre de soltera, sobrenombre, etc.					N.º del Seguro Social (Últimos 4 dígitos)			Código de área Teléfono particular ()	
Dirección (Dirección de correo postal y número)		Ciudad		Estado		Código postal		Póliza/Certificado	
Mes		Día		Año		Estatura		Peso	
Fecha de nacimiento					Póliza/Certificado			Dirección de correo electrónico	
Describa brevemente sus tareas laborales:								Ocupación	

Nombre y dirección completa del empleador:

¿Está presentando un reclamo según la Ley de compensación de los trabajadores (Workers' Compensation Act) o la Ley de Seguridad Social (Social Security Act)? En caso afirmativo, envíe una copia de la concesión o la denegación cuando la reciba. Sí No

¿El reclamante es elegible para Medicaid o un programa estatal similar? Sí No

Si tiene otro seguro por discapacidad a causa de un accidente o una enfermedad, proporcione el nombre de la compañía, la dirección y el monto de beneficios mensuales. (En caso negativo, indíquelo de igual modo)

Sección B.
Complete los ítems a continuación y adjunte las copias detalladas de cualquier factura relacionada, incluido el informe del médico, la sala de emergencias, el hospital y el accidente/incidente con el vehículo motorizado. Las facturas deben incluir la información de diagnóstico por parte de su proveedor de atención médica.

Fecha del accidente Mes / Día / Año		Hora del accidente a.m. p.m.		Naturaleza de la enfermedad		Fecha de los primeros síntomas		Naturaleza de la enfermedad	
--	--	-----------------------------------	--	-----------------------------	--	--------------------------------	--	-----------------------------	--

Proporcione una descripción exacta de dónde estaba cuando ocurrió el accidente incluida una descripción detallada de qué le ocurrió a usted.

Nombre, dirección y número de teléfono del hospital

Fechas de hospitalización

Nombres y direcciones de los médicos a cargo de su atención

Fechas de tratamiento

A) DISCAPACIDAD TOTAL: ¿Entre qué fechas no pudo realizar ninguna tarea?	A) Desde	Mes / Día / Año	Hasta	Mes / Día / Año
B) FECHA DE REGRESO AL TRABAJO:	B)	Mes / Día / Año		
C) DISCAPACIDAD PARCIAL: ¿Entre qué fechas pudo realizar solo tareas parciales?	C) Desde	Mes / Día / Año	Hasta	Mes / Día / Año

¿ESTARÍA BIEN SI DURANTE EL PRÓXIMO AÑO MENCIONAMOS LOS BENEFICIOS DE SU RECLAMO CUANDO HABLEMOS CON POSIBLES TITULARES DE PÓLIZAS RESPECTO DE NUESTRO SERVICIO DE RECLAMOS? Sí No SI DESEA PONER FIN A ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, LLÁMENOS AL 1-800-544-9382. Gracias.

FECHAR: Mes / Día / Año

FIRMADO: **X** _____
 FIRMA DEL RECLAMANTE

Si su póliza/certificado se paga con dólares antes de impuestos, es probable que sea necesario informar los beneficios pagados al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Comuníquese con su empleador para conocer los requisitos de información.

Las declaraciones hechas por mí en este formulario de reclamo son verdaderas y están completas. He leído y entiendo el lenguaje del fraude específico a mi estado, si lo hubiere, detallado en las páginas de Notificaciones de fraude adjuntas.

Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguros o declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información con respecto a cualquier hecho material con ese fin comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito y deja a dicha persona sujeta a sanciones civiles que no habrán de superar los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación de este tipo.

Firma del reclamante **X** _____ Nombre en letra de imprenta _____

Firmo en nombre del reclamante, como _____ (relación). Si es el apoderado, el tutor legal o el depositario adjunte una copia del documento que otorga la autoridad.

Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguros o declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información con respecto a cualquier hecho material con ese fin comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito y deja a dicha persona sujeta a sanciones civiles que no habrán de superar los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación de este tipo.

Sección C.

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR (necesaria para todo reclamo por discapacidad / tiempo de trabajo perdido)											
Nombre del empleado			Última fecha que trabajó			Salario		<input type="checkbox"/> Semanal			
						\$		<input type="checkbox"/> Mensual			
¿Presentó un reclamo de compensación de los trabajadores por esta discapacidad?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sí. En caso afirmativo, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de la compañía de seguros de compensación a los trabajadores.						
DISCAPACIDAD TOTAL:						Mes		Día		Año	
¿Entre qué fechas el empleado no pudo realizar sus tareas?			Desde		/	/	hasta	/	/	Año	
DISCAPACIDAD PARCIAL:						Mes		Día		Año	
¿Entre qué fechas el empleado dejó de realizar solo parte de sus tareas?			Desde		/	/	hasta	/	/	Año	
Durante la discapacidad parcial, ¿el empleado recibió el 75 % o más de sus ingresos anteriores a su discapacidad?								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso negativo, ¿qué porcentaje? _____											
Fecha			Cargo			Firma			Código de área		Número de teléfono

Sección D.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO A CARGO DE LA ATENCIÓN										
Nombre del paciente			Dirección			Ciudad, Estado, Código postal			Fecha de nacimiento	
1. ¿El paciente está aún bajo su atención debido a esta afección?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si el paciente fue dado de alta, indique la fecha y grado de recuperación.			Fecha		/	/	¿Se recuperó?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente totalmente discapacitado de manera continua (sin poder realizar ninguna tarea)?			Desde		/	/	hasta	/	/	
2A. Si actualmente está totalmente discapacitado, ¿cuándo piensa que podrá volver al trabajo?			Fecha aproximada:		/	/	Tiempo indefinido <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			
3. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente discapacitado (puede realizar solo parte de las tareas)?			Desde		/	/	hasta	/	/	
FECHA DE LA: MM DD AA			ENFERMEDAD (PRIMER SÍNTOMA) O LESIÓN (accidente) O EMBARAZO (último período menstrual) ACTUAL			SI EL PACIENTE HA TENIDO LA MISMA ENFERMEDAD O UNA SIMILAR, PROPORCIONE LA PRIMERA FECHA MM DD AA			FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS ACTUALES MM DD AA	
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REALIZA LA DERIVACIÓN U OTRA FUENTE			NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO QUE REALIZA LA DERIVACIÓN			FECHAS DE HOSPITALIZACIONES ADICIONALES MM DD AA				
¿LA AFECCIÓN DEL PACIENTE ESTÁ RELACIONADA CON: EL EMPLEO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO UN ACCIDENTE DE AUTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO OTRO ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						EN CASO DE OTRO ACCIDENTE, PROPORCIONE UNA BREVE DESCRIPCIÓN A CONTINUACIÓN.				
DIAGNÓSTICO O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN. (ÍTEM RELACIONADOS 1, 2, 3 O 4 A ÍTEM POR LÍNEA										
1. _____	2. _____	3. _____	4. _____							
FECHA (S) DEL SERVICIO Desde MM DD AA Hasta MM DD AA		Lugar del servicio	Tipo de servicio	PROCEDIMIENTO, SERVICIOS O SUMINISTROS (Explique las circunstancias inusuales) CPT/HCPCS MODIFICADOR		CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO	MONTO DE LOS CARGOS (\$)			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA FEDERAL						MÉDICO FIRMANTE QUE CERTIFICA LAS FECHAS DE DISCAPACIDAD ARRIBA MENCIONADAS, SI LAS HUBIERE.				
NOMBRE DEL MÉDICO						FIRMA DE LOS MÉDICOS, INCLUIDOS TÍTULOS O CREDENCIALES				
DIRECCIÓN COMPLETA										
TELÉFONO						FECHA MM DD AA				



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Número de reclamo o póliza: _____

Nombre: _____ Nombre del médico: _____

Dirección: _____ Nombre del hospital: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Hospitalización ____ / ____ / ____ Alta ____ / ____ / ____

Esto autorizará a WORKSITE SOLUTIONS, una unidad de COMBINED LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, PO BOX 6700, Scranton, PA, 18505-0700 a obtener la información médica necesaria para evaluar mi reclamo de seguro. La información que se obtendrá incluirá datos de cualquier base de datos de fármacos con receta, todos los proveedores de atención médica, el empleador, la agencia de información al consumidor, cualquier otra compañía de seguros o el "MIB" (Medical Information Bureau), que sean relevantes a mi tiempo de trabajo perdido o afección que se esté evaluando.

La información que se divulgará puede incluir entre otros datos:

Antecedentes de la presente enfermedad	Informe del consultor	Resumen del alta
Informes operativos	Informes de patología	Informes de laboratorio
Notas diarias del médico	Antecedentes médicos pasados	Hospitalizaciones anteriores
Informes de radiografías	Informes de hematología/toxicología	

La información es necesaria para el/los siguiente(s) propósito(s):
Evaluación y procesamiento de mi reclamo de seguro.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización también puede incluir datos sobre el tratamiento de enfermedades físicas y mentales, VIH, abuso de alcohol/drogas y antecedentes médicos pasados.

Entiendo que una vez cumplidos los propósitos arriba establecidos, este consentimiento vencerá automáticamente a los (6) meses siguientes a la fecha de la firma sin ninguna revocación expresa. Entiendo y tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, y para hacerlo, debo presentar una revocación por escrito a Combined Life Insurance Company of New York. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley confiera a mi asegurador el derecho a contestar un reclamo según mi póliza/certificado, o evaluar mi solicitud de seguro para cobertura.

Las leyes federales y estatales protegen la información divulgada según esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación y la información puede no estar protegida por las normas de confidencialidad federales. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios pueden no estar condicionados en cuanto a obtener la autorización de la persona.

X

(Firma del reclamante)

Fecha: _____
(Se debe completar)

X

(Firma del padre/la madre o el tutor)

(Relación con el paciente si está firmada por el tutor)

Una fotocopia de esta autorización se puede tratar de la misma manera que un documento original.