

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 48585-0700

* 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

COMBINED LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK

Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA RECLAMAR

1. SOLO ESTA 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. SRITA			NUMERO DE SEGURO SOCIAL (ÚLTIMO 4 DÍGITOS)			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO		
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 POLIZAS		NUM(S) FORMULARIO	FECHA - ÚLTIMO PAGO		
			a)		a)	a) MES / DÍA / AÑO		
FECHA DE NACIMIENTO		ESTATURA	PESO		b)	b) / /		
MES / DÍA / AÑO								
¿Es el reclamante elegible para Medicaid o programa estatal parecido? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						NOMBRE DE OTRO PORTADOR DE SEGUROS		
OCUPACIÓN		ÚLTIMA FECHA TRABAJADA		INGRESOS MENSUALES		¿ESTÁ TAMBIÉN RECLAMANDO BAJO EL ACTA DE COMPENSACIÓN LABORAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATRONO					¿ESTÁ USTED RECIBIENDO SSDI? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿ESTÁ USTED RECIBIENDO BENEFICIOS ESTATALES DE INCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Sección B SI LA RECLAMACIÓN ES POR ENFERMEDAD FAVOR LLENAR	FECHA DE LOS PRIMEROS SINTOMAS MES / DÍA / AÑO		¿HA TENIDO LA MISMA O SIMILAR CONDICIÓN ALGUNA VEZ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		MES / DÍA / AÑO		
	NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD						

Sección C SI LA RECLAMACIÓN ES POR ACCIDENTE FAVOR LLENAR	FECHA DEL ACCIDENTE MES / DÍA / AÑO		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 FAVOR DE LLENAR PARA AMBAS RECLAMACIONES DE ACCIDENTE	NOMBRE DEL HOSPITAL, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y FECHAS DE RECLUSIÓN			MES / DÍA / AÑO		MES / DÍA / AÑO		
	DESDE...../...../.....			HASTA...../...../.....				
	NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS DOCTORES QUE LO ASISTIERON				FECHAS DE TRATAMIENTO			

Sección E O ENFERMEDAD	A) INCAPACIDAD TOTAL: ¿ENTRE QUE FECHAS USTED NO PUDO DESEMPEÑAR NINGUNO DE SUS DEBERES?		A) DESDE...../...../.....		HASTA E INCLUYENDO...../...../.....		
	B) FECHA QUE REGRESO A TRABAJAR		B)...../...../.....				
	C) INCAPACIDAD PARCIAL: ¿ENTRE QUE FECHAS USTED PUDO SOLO DESEMPEÑAR PARTE DE SUS DEBERES?		C) DESDE...../...../.....		HASTA E INCLUYENDO...../...../.....		

¿ESTA USTED DE ACUERDO, SI DURANTE EL PROXIMO AÑO, NOSOTROS MENCIONAMOS LOS BENEFICIOS RECIBIDOS BAJO SU RECLAMACIÓN CUANDO LE HABLEMOS A UN PROSPECTO ASEGURADO? SÍ NO
 SI USTED NO DESEA CONTINUAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER INSTANTE, POR FAVOR LLAMENOS AL 1-800-225-4500. GRACIAS.

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 también estará sujeta a una sanción civil que no podrá superar los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación de este tipo.

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 fotostatica 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)

Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude 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 también estará sujeta a una sanción civil que no podrá superar los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación de este tipo.

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"/> SÍ NO <input type="checkbox"/>			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?			MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	FECHA EN QUE REGRESÓ AL TRABAJO (O LA ESCUELA)		
			DESDE	/ /			HASTA	/ /			
INCAPACIDAD PARCIAL: ¿ENTRE QUÉ FECHAS EL EMPLEADO HIZO SOLO PARTE DE SUS DEBERES?			MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO
			DESDE	/ /			HASTA	/ /			
ÚLTIMA FECHA TRABAJADA					INGRESOS MENSUALES						
FECHA		TÍTULO			FIRMA			NÚMERO DEL TELÉFONO			

Sección G DECLARACIÓN DEL DOCTOR QUE LO ATENDIÓ										
NOMBRE DEL PACIENTE			DIRECCIÓN			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			EDAD	
1. NATURALEZA Y ORIGEN DE:			DIAGNOSTICO (DESCRIBA COMPLICACIONES, SI HAY ALGUNA)							
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD										
<input type="checkbox"/> LESIÓN			CONFIRMADO POR RAYOS X <input type="checkbox"/> SÍ NO <input type="checkbox"/>							
2. ¿CUÁNDO APARECIERON LOS PRIMEROS SINTOMAS O SUCEDIÓ ACCIDENTE?			MES	DÍA	AÑO	FECHA				
			/ /							
3. ¿CUÁNDO LE CONSULTÓ EL PACIENTE POR PRIMERA VEZ POR ESTA CONDICIÓN?			MES	DÍA	AÑO	FECHA				
			/ /							
4. ¿COMO SE ORIGINÓ LA CONDICIÓN?										
5. ¿HA TENIDO EL PACIENTE LA MISMA O SIMILAR CONDICIÓN ANTERIORMENTE? ("SÍ" - ESTIPULE CUANDO, DESCRIBA.)			<input type="checkbox"/> SÍ NO <input type="checkbox"/>							
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.)			MES	DÍA	AÑO	FECHAS				
			/ /							
			MÉTODO USADO			¿REDUCCIÓN CERRADA?				
						¿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 TODAVIA BAJO SU TRATAMIENTO POR ESTA CONDICIÓN? SI DADO DE ALTA, ESCRIBA FECHA Y GRADO DE RECUBRO.			<input type="checkbox"/> SÍ NO <input type="checkbox"/>			¿RESTABLECIDO? <input type="checkbox"/> SÍ NO <input type="checkbox"/>				
			MES	DÍA	AÑO	FECHA				
			/ /							
10. SI EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO, DÉ NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Y FECHAS DE RECLUSIÓN.			HOSPITAL			CIUDAD			ESTADO	
			/ /			/ /			/ /	
11. ¿QUÉ TIEMPO ESTUVO O ESTARÁ EL PACIENTE TOTALMENTE INCAPACITADO?			MES	DÍA	AÑO	HASTA E INCLUYENDO		MES	DÍA	AÑO
			/ /			/ /		/ /		
12. ¿QUÉ TIEMPO ESTUVO O ESTARÁ EL PACIENTE PARCIALMENTE INCAPACITADO?			MES	DÍA	AÑO	HASTA E INCLUYENDO		MES	DÍA	AÑO
			/ /			/ /		/ /		
13. ¿SI EL PACIENTE ESTA INCAPACITADO EN LA FECHA EN QUE USTED COMPLETA ESTA FORMA, HAY UNA FECHA PARA EL REGRESO AL TRABAJO? ("SÍ", DÉ LA FECHA DEL REGRESO AL TRABAJO)			<input type="checkbox"/> SÍ NO <input type="checkbox"/>			FECHA DEL REGRESO AL TRABAJO				
			/ /							

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