

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 esta 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 INSURANCE COMPANY OF AMERICA

Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 Telephone 1-800-225-4500 Fax 312-351-6930

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						
"SÍ" - ESCRIBA FECHA							

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.

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 LA INTENCIÓN DE DAÑAR, COMETER FRAUDE O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRESENTE UN RECLAMO O UNA SOLICITUD QUE CONTENGA INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE DE TERCER GRADO.

FECHA: MES / DÍA / AÑO

FIROMA: 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: MES / DÍA / AÑO

FIROMA: X
FIRMA DEL RECLAMANTE (SI ES MENOR - FIRMA DEL PADRE)

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 DESDE/...../..... HASTA/...../.....	FECHA EN QUE REGRESÓ AL TRABAJO (O LA ESCUELA) MES DÍA AÑO/...../.....
--	---

INCAPACIDAD PARCIAL: ¿ENTRE QUÉ FECHAS EL EMPLEADO HIZO SOLO PARTE DE SUS DEBERES? MES DÍA AÑO DESDE/...../..... HASTA/...../.....	MES DÍA AÑO/...../.....
---	-------------------------------

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: <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> LESIÓN	DIAGNOSTICO (DESCRIBA COMPLICACIONES, SI HAY ALGUNA) 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/...../..... ¿REDUCCIÓN CERRADA?..... ¿REDUCCIÓN ABIERTA?..... MÉTODO USADO ¿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"/> MES DÍA AÑO ¿RESTABLECIDO? <input type="checkbox"/> SÍ NO <input type="checkbox"/> FECHA/...../.....
---	--

10. SI EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO, DÉ NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Y FECHAS DE RECLUSIÓN.	HOSPITAL CIUDAD ESTADO MES DÍA AÑO HASTA E MES DÍA AÑO DESDE/...../..... INCLUYENDO/...../.....
--	---

11. ¿QUÉ TIEMPO ESTUVO O ESTARÁ EL PACIENTE TOTALMENTE INCAPACITADO?	MES DÍA AÑO HASTA E MES DÍA AÑO DESDE/...../..... INCLUYENDO/...../.....
--	---

12. ¿QUÉ TIEMPO ESTUVO O ESTARÁ EL PACIENTE PARCIALMENTE INCAPACITADO?	MES DÍA AÑO HASTA E MES DÍA AÑO DESDE/...../..... INCLUYENDO/...../.....
--	---

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"/> MES DÍA AÑO 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

Combined Insurance Company of America

Claim Department • PO Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 Telephone 1-800-225-4500 Fax 312-351-6930

NOTIFICACIONES DE FRAUDE

Si usted es residente de, o la póliza fue emitida en alguno de los siguientes estados, se requiere que le proporcionemos la siguiente Notificación de advertencia de fraude:

ALABAMA: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a restitución, multas, o reclusión en prisión, o cualquier combinación de las mismas.

ALASKA: Una persona que a sabiendas y con intención de dañar, cometer fraude o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa podrá ser procesada según la ley estatal.

ARIZONA: Por su protección, la ley de Arizona requiere que figure la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida estará sujeta a sanciones penales y civiles.

ARKANSAS: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

CALIFORNIA: Por su protección, la ley de California requiere que figure lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude o intentar cometer fraude a la compañía. Las sanciones podrían incluir prisión, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsa, incompleta o confusa al titular de una póliza o al reclamante con el fin de cometer fraude o intentar cometer fraude hacia el titular de la póliza o el reclamante respecto de un acuerdo o asignación pagadero del producto de un seguro será reportado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias regulatorias.

DELAWARE: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

DISTRICT OF COLUMBIA: ADVERTENCIA: Es delito proporcionar información falsa o confusa a una aseguradora con el objetivo de cometer fraude hacia la aseguradora o cualquier otra persona. Las penalizaciones incluyen el encarcelamiento y/o multas. Además la aseguradora podrá denegar los beneficios del seguro si el Solicitante proporcionara información material falsa vinculada a un reclamo.

FLORIDA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

IDAHO: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

INDIANA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude a una aseguradora presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

KENTUCKY: Todo el que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una 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.

LOUISIANA: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

MAINE: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude contra la compañía. Las sanciones podrían incluir prisión, multas o la negación de los beneficios del seguro.

MARYLAND: Cualquier persona que a sabiendas o voluntariamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas o voluntariamente presente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

MINNESOTA: Una persona que presenta un reclamo con la intención de cometer fraude o que ayuda a cometer fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

NEW HAMPSHIRE: Cualquier persona que, con el objetivo de dañar, engañar o cometer fraude contra una compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será sujeta de procesamiento y castigo por fraude de seguros, según lo establecido en RSA 638:20.

NEW JERSEY: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o confusa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

NEW MEXICO: CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA SER PASIBLE DE MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

NEW YORK: 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.

OHIO: Cualquier persona que con la intención de cometer fraude o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

OKLAHOMA: ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo por el producto de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

PENNSYLVANIA: 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 penales y civiles.

PUERTO RICO: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude presente información falsa en una solicitud de seguros o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento por el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, estará cometiendo un delito grave y, una vez sentenciado, será sancionado por cada violación con la sanción de una multa de no menos de cinco mil (\$5,000) dolares y no más de diez mil (\$10,000) dolares o un plazo fijo de prisión de 3 (tres) años, o ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, el plazo de encarcelamiento se puede aumentar a un máximo de 5 (cinco) años; y si existen circunstancias mitigantes, el plazo de encarcelamiento se puede reducir a un mínimo de 2 (dos) años.

RHODE ISLAND: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

TENNESSEE: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude contra la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o la negación de los beneficios del seguro.

TEXAS: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

VIRGINIA: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude contra la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o la negación de los beneficios del seguro.

WASHINGTON: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude contra la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o la negación de los beneficios del seguro.

WEST VIRGINIA: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

TODOS LOS DEMÁS ESTADOS: Todo el que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otras personas, presente una 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 está sujeto a procesamiento penal y/o sanciones civiles.

FIRMA REQUERIDA DEL RECLAMANTE

Al reclamar estos beneficios afirmo que todas las respuestas registradas en esta declaración son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. He leído la declaración de notificación de fraude que corresponde. También comprendo que la Compañía se reserva el derecho de solicitar u obtener otra información si lo considerara necesario.

Si su póliza/certificado se paga con dólares antes de impuestos, es probable que los beneficios pagados se informen al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Comuníquese con su empleador con respecto a los requisitos de informe.

X _____
FIRMA DEL RECLAMANTE FECHA NOMBRE EN IMPRENTA

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

Combined Insurance Company of America

Claim Department • PO Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 Telephone 1-800-225-4500 Fax 312-351-6930

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 COMBINED INSURANCE COMPANY OF AMERICA, 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 Insurance Company of America. 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.