

# Hacer reclamos es fácil



Para recibir pagos de reclamos más rápido\*, presente su reclamo en línea en [www.CombinedInsurance.com/Claims](http://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](http://www.CombinedInsurance.com/Claims)**

\* En promedio

**Combined Insurance Worksite Solutions**

Una unidad de Combined Insurance Company of America

CLAIM DEPARTMENT • PO BOX 6700

SCRANTON, PA 18505-0700

1-800-544-9382

Fax Number: 1-312-351-6930

**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					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) <b>DISCAPACIDAD TOTAL:</b> ¿Entre qué fechas no pudo realizar ninguna tarea?	A) Desde	Mes	Día	Año	Hasta	Mes	Día	Año
		/	/			/	/	
B) <b>FECHA DE REGRESO AL TRABAJO:</b>	B)	Mes	Día	Año				
		/	/					
C) <b>DISCAPACIDAD PARCIAL:</b> ¿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 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.**

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.

**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.				
<b>DISCAPACIDAD TOTAL:</b>				
¿Entre qué fechas el empleado no pudo realizar sus tareas?				
Desde	Mes	Día	Año	hasta
/	/	/	/	/
<b>DISCAPACIDAD PARCIAL:</b>				
¿Entre qué fechas el empleado dejó de realizar solo parte de sus tareas?				
Desde	Mes	Día	Año	hasta
/	/	/	/	/
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	Mes	Día	Año
/	/	/	/
			¿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	Mes	Día	Año
/	/	/	/
			hasta
			Mes
			Día
			Año
2A. Si actualmente está totalmente discapacitado, ¿cuándo piensa que podrá volver al trabajo?			
Fecha aproximada:		Mes	Día
/		/	/
			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	Mes	Día	Año
/	/	/	/
			hasta
			Mes
			Día
			Año

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 DESDE MM DD AA HASTA 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 DESDE MM DD AA HASTA 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. (ÍTEMOS 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

# Combined Insurance Company of America

Claim Department • PO Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 Telephone 1-800-544-9382

---

## 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.

---

## NOTIFICACIONES DE FRAUDE, CONTINUACIÓN

---

**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.



## 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 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.**