

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Formas de presentar un reclamo:

1. **Presentación en Línea***: my.combinedinsurance.com
2. **Envíe por correo este Formulario Completo a**: Combined Insurance Company of America, Claim Department, P.O. Box 6700, Scranton, PA 18505-0700
3. **Envíe por fax este formulario completo a**: (312) 351-6930

*El reclamo podría procesarse más rápido si lo presenta en línea.

Lista de Verificación de Reclamo por Enfermedad o Discapacidad

- ☐ Secciones 1 y 2: deben ser completadas por el Titular de la Póliza y el Reclamante.
- ☐ Sección 3 Declaración del Empleador: debe ser completada por el representante de RR.HH. del empleador.
- ☐ Sección 4: Declaración del Médico a cargo de la Atención, que deberá completar un médico matriculado.
- ☐ Sección 5 Autorización para Obtener y Divulgar Información: debe ser completada por el Reclamante, firmada y fechada.
- ☐ Sección 6: Consentimiento para Transacciones Electrónicas, Pagos y Firma: debe ser completado por el Titular de la Póliza, incluyendo el número de teléfono, la dirección de correo electrónico, la firma y la fecha. Se deben devolver todas las páginas si se desea recibir el pago electrónico.
- ☐ Secciones 7 y 8 Advertencias de Fraude: deben ser completadas por el Reclamante.
- ☐ Envíe el formulario completado mediante uno de los métodos que se muestran a continuación.

Nota: Si la póliza o el certificado se paga con dólares antes de pagar impuestos, los beneficios pagados podrían reportarse al IRS. Póngase en contacto con su Empleador con respecto a los requisitos de presentación de informes.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso del reclamo o cómo completar este formulario, o si necesita ayuda para iniciar sesión en el Portal de Auto servicio, llame al 1-800-225-4500.



También puede visitar el Centro para Titulares de Pólizas para verificar el estado del reclamo, descargar formularios de reclamo u obtener asistencia general para titulares de póliza:
www.combinedinsurance.com/us-en/individuals-families/policyholder-center.html

Usted DEBE firmar y fechar este formulario de reclamo en todas las casillas de firma correspondientes proporcionadas. Si no firma todas las casillas de firma correspondientes proporcionadas, no podremos aceptar la presentación del reclamo.

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 1: Información del Titular de la Póliza o el Certificado

Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido Números de la Póliza o el Certificado

Fecha de Nacimiento Edad Género Número de Seguro Social (Últimos 4 dígitos)

/ / ☐ ☐
MM/DD/YYYY Masculino Femenino

Domicilio

Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico Teléfono

Sección 2: Declaración del Reclamante

Nombre del dependiente Inicial del Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

/ /
MM/DD/YYYY

Indique Otros Nombres que Puede Utilizar, como Nombre de Soltera, Sobrenombre, etc.

Último Día que Trabajó

/ /
MM/DD/YYYY

Si fue hospitalizado por esta lesión o enfermedad, proporcione el nombre y la dirección del hospital.

Domicilio

Ciudad Estado Código Postal

Fecha de la Admisión Fecha del Alta

/ / / /
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

Nombre del Médico de Cabecera (habitual) Número de Teléfono

Domicilio

Ciudad Estado Código Postal

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 2: Declaración del Reclamante (Continuación)

Si la discapacidad fue resultado del accidente, responda estas preguntas.

Fecha del Accidente

¿Dónde ocurrió el accidente?

MM/DD/YYYY

Proporcione detalles de cómo ocurrió

¿Alguna vez ha tenido el mismo tipo de lesión o enfermedad? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la fecha, el nombre del médico, el número de teléfono y la dirección.

Fecha

Nombre del Médico

Número de Teléfono

MM/DD/YYYY

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Está trabajando actualmente? ☐ Sí ☐ No

Contacto de
RR.HH.

Número de Teléfono de
Contacto de RR.HH.

En caso afirmativo, indique la fecha en que regresó al trabajo (incluido el año)

¿Cuántas horas trabaja?

Si no, ¿cuándo espera regresar a trabajar?

¿Cuál es la fecha de su próxima visita al consultorio?

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 3 Declaración del Empleador: deberá ser completada por el Empleador

Nombre del Demandante Fecha de Nacimiento Número de Reclamo (si está disponible) Número de Póliza (si está disponible)

MM/DD/YYYY

☐ Marque esta casilla si trabaja por cuenta propia y luego complete y firme este formulario.

☐ Marque esta casilla si está desempleado. Proporcione la última fecha en que trabajó y el nombre del empleador anterior y luego firme este formulario.

Último Día que Trabajó Nombre del Empleador Anterior

Información de Empleo/Descripción del Puesto

Nombre de Empleador/Compañía Fecha de contratación Puesto/Cargo del Empleado*

/ /

Antes de la incapacidad para trabajar, ¿cuántas horas a la semana trabajaba?

Cheque de Pago Bruto Mensual \$ Salario Bruto Anual \$

*Incluya todas las comisiones y bonificaciones de los 12 meses anteriores a la última fecha trabajada.

Si trabaja por cuenta propia, es posible que le solicitemos un comprobante de ingresos. Le notificaremos si se requiere documentación adicional.

*Adjunte una copia de la descripción del trabajo o una lista de las principales responsabilidades del trabajo.

Responsabilidades Principales del Trabajo

Requisitos Físicos Ocupacionales

Complete la siguiente sección sobre los requisitos físicos de la ocupación de su empleado marcando las casillas correspondientes a continuación:

Indique el nivel máximo de capacidad (Sedentario, Ligero, Intermedio, Pesado, Muy Pesado) para levantar, transportar, empujar y tirar, y especifique Derecha (R), Izquierda (L) o Bilateralmente (BL).

	Constantemente más de 5.5 horas	Frecuentemente 2.5 a 5.5 horas	Ocasionalmente hasta 2.5 horas	Por nadie 0 horas
Sentarse	☐	☐	☐	☐
Estar de pie	☐	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐	☐
Trepar	☐	☐	☐	☐
Equilibrio	☐	☐	☐	☐
Agacharse	☐	☐	☐	☐
Arrodillarse	☐	☐	☐	☐
Ponerse en cuclillas	☐	☐	☐	☐
Gatear	☐	☐	☐	☐
Estirarse al nivel de la cintura	☐	☐	☐	☐
Estirarse por debajo de la cintura	☐	☐	☐	☐
Estirarse por encima de la cabeza	☐	☐	☐	☐
Manejar	☐	☐	☐	☐
Movimientos finos de los dedos	☐	☐	☐	☐
Usar teclado/mouse	☐	☐	☐	☐
Operar Vehículo Motorizado/ Maquinaria	☐	☐	☐	☐

	Levantar	Llevar	Empujar	Jalar
Sedentario = 10 libras máximo	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐
Liviano = 20 libras máximo, 10 libras frecuentemente	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐
Intermedio = 50 libras máximo, 25 libras con frecuencia, hasta 10 libras constantemente	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐
Pesado = 100 libras máximo, 50 libras frecuentemente, 20 libras constantemente	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐
Muy Pesado = más de 100 libras ocasionalmente, más de 50 libras frecuentemente, más de 20 libras constantemente	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐	R ☐ L ☐ BL ☐

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 3 Declaración del Empleador: debe ser completada por el Empleador (Continuación)

Fechas de Ausencia del Trabajo/Regreso al Trabajo

Por la presente certifico que

No realizó ninguna parte de su trabajo desde hasta
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

¿Cuál es la fecha prevista de regreso al trabajo?

¿El empleado ha regresado al trabajo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, fecha de trabajo a tiempo parcial/funciones parciales Fecha a tiempo completo/funciones completas
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

¿El empleado trabajó a tiempo parcial/funciones parciales? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, indique las fechas

¿Hay trabajo disponible a tiempo parcial/funciones parciales? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es negativa, indique el motivo

Una vez recuperado, ¿reanudará su trabajo? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es negativa, indique el motivo

Compensación Laboral/Otra Cobertura por Discapacidad

¿Esta es una condición o lesión relacionada con el trabajo? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique la fecha de inicio de la Compensación Laboral Fecha de finalización
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

Aseguradora de la Compensación Laboral Monto del beneficio ☐ Mensual ☐ Semanal

¿El empleado está cubierto por alguna otra póliza/cobertura de discapacidad a través de la compañía? ☐ Sí ☐ No

Otra Compañía Aseguradora de Discapacidad* Monto del beneficio ☐ Mensual ☐ Semanal

Fecha de Entrada en Vigencia Fecha de Finalización Período máximo de beneficios Período de Eliminación
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

¿Esta póliza reemplaza alguna póliza/cobertura de discapacidad anterior provista a través de la compañía? ☐ Sí ☐ No

Compañía Aseguradora de Discapacidad Anterior* Monto del beneficio ☐ Mensual ☐ Semanal

Fecha de Entrada en Vigencia Fecha de Finalización Período máximo de beneficios Período de Eliminación
MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

*Es posible que solicitemos comprobante de la otra cobertura por discapacidad o de la cobertura previa por discapacidad.

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 3 Declaración del Empleador: debe ser completada por el Empleador (Continuación)

Pago Continuo: Esto es Solo para Discapacidad a Corto Plazo Grupal y Discapacidad a Largo Plazo.

¿El asegurado recibe pago continuo, continuación de salario, pago por enfermedad, pago de vacaciones, jubilación o discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Período de Pago desde la Fecha	Hasta la Fecha	MM/DD/YYYY	Monto	Fuente de Ingresos
/	/			
MM/DD/YYYY				
Período de Pago desde la Fecha	Hasta la Fecha	MM/DD/YYYY	Monto	Fuente de Ingresos
/	/			
MM/DD/YYYY				
Período de Pago desde la Fecha	Hasta la Fecha	MM/DD/YYYY	Monto	Fuente de Ingresos
/	/			
MM/DD/YYYY				
Período de Pago desde la Fecha	Hasta la Fecha	MM/DD/YYYY	Monto	Fuente de Ingresos
/	/			
MM/DD/YYYY				

Verificación del Empleador

Reconozco que es un delito llenar este formulario con hechos que sé que son falsos u omitir hechos que sé que son relevantes e importantes. Certifico que las respuestas dadas en este formulario son verdaderas y están completas y correctamente registradas.

Firma	Fecha	Nombre en Letra de Imprenta	
	/		
	MM/DD/YYYY		
Título	Compañía	Número de Teléfono	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico	Número de Fax		
Otros comentarios			

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 4: Declaración del Médico a cargo de la Atención

Nombre del Demandante

Fecha de Nacimiento

Número de Reclamo
(si está disponible)

Número de Póliza
(si está disponible)

/ /
MM/DD/YYYY

Describe la Afección

Código ICD 9/10

Diagnóstico Primario

Otra(s) Afección(es)

Naturaleza y origen de la afección: ☐ Enfermedad ☐ Lesión

¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez?

/ /
MM/DD/YYYY

Si corresponde, ¿en qué fecha ocurrió el accidente?

/ /
MM/DD/YYYY

¿En qué momento el reclamante le consultó por esta afección por primera vez?

/ /
MM/DD/YYYY

¿Alguna vez el paciente ha tenido la misma afección o una similar?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿La afección se debe a una lesión o una enfermedad que surge del empleo del paciente? ☐ Sí ☐ No

Embarazo o Complicación del Embarazo:

Fecha Probable

/ /
MM/DD/YYYY

Fecha de Parto

/ /
MM/DD/YYYY

☐ Parto Normal

☐ Cesárea

☐ Complicaciones del Embarazo

¿El bebé fue admitido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, especifique las fechas:

Tratamiento Requerido

Primera Consulta

/ /
MM/DD/YYYY

Consulta Más Reciente

/ /
MM/DD/YYYY

Próxima Consulta

/ /
MM/DD/YYYY

Alta

/ /
MM/DD/YYYY

En caso de enfermedad, ¿cuándo se diagnosticó la afección por primera vez?

/ /
MM/DD/YYYY

¿Se realizan o realizaron pruebas de diagnóstico?

☐ Sí

☐ No

Prueba(s)

Fechas

Resultado: incluya documentación de respaldo.

¿Es o fue necesario realizar un procedimiento quirúrgico o médico?

☐ Sí

☐ No

Fecha

/ /
MM/DD/YYYY

Código del Procedimiento

Procedimiento

¿Es o fue necesaria la hospitalización?

☐ Sí

☐ No

Fecha de Admisión

/ /
MM/DD/YYYY

Fecha de Alta

/ /
MM/DD/YYYY

Hospital

Ciudad

Estado

¿Cuál es el plan de tratamiento actual?

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 4: Declaración del Médico a cargo de la Atención (Continuación)

Tratamiento Requerido (Continuación)

¿Se requiere o requirió Atención Urgente o en un Consultorio? ☐ Sí ☐ No Fecha / / MM/DD/YYYY Nombre del Centro

Naturaleza del Tratamiento

¿Se requiere o requirió asistir a una Sala de Emergencias? ☐ Sí ☐ No Fecha / / MM/DD/YYYY Nombre del Centro

Naturaleza del Tratamiento

El paciente es incapaz de realizar sus tareas laborales. ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique las fechas de discapacidad total. / / MM/DD/YYYY hasta / / MM/DD/YYYY

¿Cuándo se espera que el paciente reanude las tareas a tiempo parcial? / / MM/DD/YYYY Tiempo Completo/Tareas Completas / / MM/DD/YYYY

Las restricciones y las limitaciones son ☐ Temporales. Si es así, ¿por cuánto tiempo?

☐ Permanentes

¿Cuáles son las restricciones y las limitaciones actuales?

Verificación del Médico a cargo de la Atención

Reconozco que es un delito llenar este formulario con hechos que sé que son falsos u omitir hechos que sé que son relevantes e importantes. Certifico que las respuestas dadas en este formulario son verdaderas y están completas y correctamente registradas.

Firma del Médico	Fecha	Nombre en Letra de Imprenta	
	/ / MM/DD/YYYY		
Especialidad		Número de Teléfono	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Fax	Correo electrónico	Número de Licencia	

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 5: Autorización para Obtener y Divulgar Información

Número de Reclamo o Póliza (si se conoce)

Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

 / /

MM/DD/YYYY

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

Esto autorizará a COMBINED INSURANCE COMPANY OF AMERICA y a la compañía afiliada ACE Property & Casualty Insurance Company ("Combined"), PO BOX 6700, Scranton, PA, 18505-0700, a obtener la información médica necesaria con el fin de evaluar el reclamo de seguro. Esta información podrá incluir información de cualquier Base de Datos de Medicamentos Recetados, todos los proveedores de atención médica, empleadores, agencias de informes de consumidores, cualquier otra compañía de seguros, o el "MIB" (Oficina de Información Médica), que fuera relevante para la pérdida o para la condición evaluada. Además, autorizo a Combined a basarse en esta autorización durante dos años, o según lo permita la ley, para divulgar información sobre mí con el fin de procesar los reclamos de seguro, incluida la asistencia con el regreso al trabajo.

La información a ser divulgada puede incluir, entre otros, lo siguiente:

Antecedentes de las Enfermedades Actuales
Informes Objetivos
Notas Diarias del Médico
Informes de Rayos X

Informes de Asesores
Informes de Patología
Historia Clínica
Análisis de Sangre/Toxicología

Informe de Alta
Resultados de Laboratorio
Admisiones Previas

La información se necesita para los siguientes fines: evaluación y procesamiento de mi reclamo de seguro.

Entiendo que la información divulgada en esta autorización también puede incluir información respecto al tratamiento de enfermedades físicas y mentales, VIH, abuso de alcohol/drogas o historia clínica.

Entiendo que ante el cumplimiento de los objetivos antes mencionados, este consentimiento caducará veinticuatro (24) meses después de la fecha de la firma sin necesidad de revocación expresa. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y, para hacerlo, debo presentar una revocación por escrito a COMBINED INSURANCE COMPANY OF AMERICA y a la compañía afiliada ACE Property & Casualty Insurance Company ("Combined"). Entiendo que la revocación no se aplica a mi empresa de seguros cuando la ley proporcione a mi asegurador el derecho a refutar un reclamo bajo mi póliza/certificado o a evaluar la solicitud de cobertura del seguro.

Las leyes federales y estatales protegen la información divulgada de acuerdo a lo establecido en esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información podría volver a divulgarse y es posible que, en tal caso, la información no esté protegida por las normas de confidencialidad federales. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no pueden depender de la autorización de la persona.

Firma del Reclamante

Fecha

 / /

MM/DD/YYYY

Firma de Padre/Madre o Tutor

La Relación con el Paciente está Firmada por el Tutor

Si la firma es proporcionada por el Representante Legal, adjunte documentación del estado legal.

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 6: Consentimiento a Transacciones, Pagos y Firmas Electrónicas

1. Consentimiento a las Transacciones Electrónicas

Al firmar y fechar este formulario, usted reconoce, acuerda y acepta el uso de transacciones electrónicas, firmas electrónicas y el recibo de la versión electrónica de ciertos documentos y registros, incluyendo pero no limitado a la entrega de pólizas, reconocimientos, avisos (incluyendo, sin limitación, avisos de privacidad), formularios, facturas, explicación de beneficios, documentación de pruebas de pérdida, documentación de reclamos, comunicados, autorizaciones para obtener registros médicos, declaraciones juradas y divulgaciones de parte de COMBINED INSURANCE COMPANY OF AMERICA y la compañía afiliada ACE Property & Casualty Insurance Company ("Combined"), en la medida que la ley lo permita. Los documentos electrónicos serán enviados en línea a su Cuenta de Autoservicio de Combined. Será notificado por correo electrónico cuando hayan sido enviados. Este consentimiento, a menos que sea retirado, aplica a todas las transacciones entre usted y Combined.

Usted reconoce específicamente, como parte del consentimiento, que ciertos documentos enviados electrónicamente tendrán información confidencial e información relacionada a asuntos financieros personales ("Información Financiera Personal") y otra información de identificación personal; y da consentimiento a la entrega de tal información confidencial, Información Financiera Personal e información de identificación personal por medios electrónicos. El consentimiento que usted otorgue permanecerá vigente hasta que usted lo retire.

Usted reconoce específicamente, como parte de su consentimiento, que reemplazaremos la entrega de cualquier documento impreso en particular, a nuestra entera discreción, a medida que la entrega electrónica de documentos en particular esté disponible y consintamos en entregarle los documentos de la siguiente manera: Es posible que le enviemos un correo electrónico transmitiendo dichos documentos, ya sea como texto, archivos adjuntos y/o hipervínculos de dichos correos electrónicos. Tales correos electrónicos serán enviados a la dirección de correo electrónico que tenemos registrado. Usted es responsable de proporcionarnos con una dirección de correo electrónico al que tiene acceso regularmente y usted es responsable de informarnos de cualquier cambio de dirección de correo electrónico. Cualquier cambio en la dirección de correo electrónico se puede realizar a través del Portal de Auto servicio en <https://my.combinedinsurance.com> o llamando por teléfono al Departamento de Atención al Cliente.

Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones de Combined en forma impresa. Puede retirar este consentimiento en cualquier momento. Si desea retirar su consentimiento, puede llamar al Departamento de Atención al Cliente al número 1-800-225-4500, de lunes a viernes entre las 7:30 a. m. y las 6:00 p. m. CST, o bien puede ingresar en www.combinedinsurance.com/us-en/individuals-families/policyholder-center.html para llenar y enviar un formulario de Consultas Generales. Su retiro, de ninguna manera, afectará ni cambiará la efectividad, validez o exigibilidad legal de cualquiera de los documentos que fueron entregados a usted electrónicamente antes de que su retiro se hiciera efectivo.

Para solicitar, sin cargo alguno, una copia impresa de cualquier documento que le fue originalmente proporcionado electrónicamente, llame a nuestro Departamento de Atención al Cliente.

Confirmación de los Requisitos del Sistema de Computadoras o Dispositivos Electrónicos

Usted es responsable de asegurar que ni su software ni su proveedor de servicios de internet inhiban o interfieran con los avisos y comunicaciones descritos en este documento. Para garantizar la entrega de su póliza, reclamo y/u otros documentos, los siguientes requisitos mínimos de hardware y sistema son necesarios para firmar, imprimir, retener y recibir dichos documentos.

Sistemas Operativos	Windows® 7 o 8.1 o MAC
Navegadores	Versiones de la versión final de Internet Explorer® 9.0 o superior (solo Windows); Firefox 34 o superior (Windows y Mac); Safari™ 5.0 o superior (solo Mac); Google Chrome 39 o superior; Apple iOS 7 o superior; Android 4.4 y superior
Lector de PDF	Acrobat Reader® o un software similar puede ser necesario para visualizar e imprimir los archivos PDF
Resolución de Pantalla	mínima de 800 x 600
Configuración de Seguridad Habilitada	Permitir cookies por sesión

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 6: Consentimiento a Transacciones, Pagos y Firmas Electrónicas (Continuación)

2. Consentimiento a las Firmas Electrónicas

También acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en los documentos enumerados anteriormente. Además, acepta que utilice un teclado, mouse u otro dispositivo para seleccionar un elemento, botón, icono o acto/acción similar, o para aceptar, reconocer, consentir, optar o certificar de alguna otra manera cualquiera de los documentos anteriores. constituye su firma, aceptación y acuerdo como si usted hubiera firmado manualmente por escrito. Usted acepta que no es necesaria una autoridad de certificación u otra verificación de terceros para validar dicha firma, y que la falta de dicha certificación o la verificación de terceros no afectará de ninguna manera la exigibilidad de dicha firma o cualquier otro documento de este tipo. Usted declara que estará sujeto a los términos de este consentimiento. Este consentimiento de entrega y firma electrónica se mantendrá en vigencia hasta que usted lo retire. Hacer negocios electrónicamente no afectará la validez, efecto legal o la exigibilidad de cualquiera de sus transacciones con Combined.

3. Consentimiento a los Pagos Electrónicos

Si presenta un reclamo pagadero, Combined puede ofrecerle la opción de que reciba su pago de beneficios electrónicamente por medio de una transferencia bancaria a una cuenta corriente, una transferencia a una cuenta de PayPal, o una transferencia a una tarjeta de débito (si hay alguno disponible). Combined no impondrá ninguna cuota por su elección de aceptar su pago de forma electrónica, pero su institución financiera puede imponer una tarifa o cargo. Al firmar y fechar este formulario, está aceptando esta oferta y consintiendo a aceptar el pago de beneficios electrónicamente. El consentimiento de aceptar el pago de manera electrónica es voluntario. Sus pagos recibidos a través de transferencias electrónicas pueden estar sujetos a acciones de embargo o embargo si su cuenta está sujeta a la misma.

Al firmar y fechar este formulario, usted confirma que su computadora o dispositivo electrónico cumple con los requisitos del sistema, otorga su consentimiento para hacer negocios de manera electrónica y otorga su consentimiento para recibir pagos de reclamos de manera electrónica.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si desea recibir los pagos de reclamos electrónicamente, devuelva ambas páginas de la Sección 6. Si desea recibir un cheque en papel por correo, NO incluya la Sección 6 en la presentación del reclamo.

Nombre en Letra de Imprenta

Fecha

/ /
MM/DD/YYYY

Firma

Dirección de Correo Electrónico

Número de Teléfono

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 7: Advertencias de Fraude

Si es residente de o si la póliza fue emitida en uno de los siguientes estados, se nos requiere proveerle con la siguiente Notificación de Advertencia de Fraude:

ARKANSAS, LOUISIANA, RHODE ISLAND Y VIRGINIA OCCIDENTAL: 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.

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.

CALIFORNIA: Por su protección, la ley de California requiere que figure lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o realizar un reclamo 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 miembro con el fin de cometer fraude o intentar cometer fraude hacia el titular de la póliza o el miembro 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.

DISTRITO DE COLUMBIA: ADVERTENCIA: Es un 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 o con intención de investigar, defraudar o engañar a cualquier asegurado, presente un reclamo o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un crimen 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.

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 7: Advertencias de Fraude (Continuación)

KENTUCKY: Cualquier persona 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.

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.

NUEVO 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.

NUEVA JERSEY: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa está sujeta a penalidades criminales y civiles.

NUEVO MÉXICO: 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.

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.

PENSILVANIA: 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 defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o cause 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, incurrirá en un delito grave y, en caso de condena, será sancionada por cada infracción con una multa de cinco mil (\$5,000) como mínimo y diez mil (\$10,000) como máximo, o una pena fija de prisión de tres (3) años, o ambas penas. En caso de circunstancias agravantes, la pena establecida podrá aumentarse a un máximo de cinco (5) años. En caso de circunstancias atenuantes, la pena podrá reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Sección 7: Advertencias de Fraude (Continuación)

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.

TODOS LOS DEMÁS ESTADOS: Cualquier persona 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.

Sección 8: Firma del Reclamante Requerida

NOTIFICACIÓN DE FRAUDE EN NUEVA YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar cualquier compañía de seguro u otra persona, envía una solicitud de seguro o reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa, u oculta información de hecho pertinente con propósito de engaño, comete un acto de seguro fraudulento, el cual es un crimen, y estará sujeto a penalidad civil menor a cinco mil dólares y el valor nominal del reclamo por cada violación.

FIRMA DEL RECLAMANTE REQUERIDA: Al reclamar estos beneficios, declaro 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 correspondiente. También entiendo que la Compañía se reserva el derecho de solicitar u obtener más información, si se considerara necesario.

Firma del Reclamante

Fecha

/	/
---	---

MM/DD/YYYY

Por favor escriba su Nombre en Letra de Imprenta

Firmé en nombre del miembro, en calidad de (relación). Si usted posee el Poder Notarial, es el Tutor o tiene la Custodia, adjunte una copia del documento que otorga la autoridad. Si la póliza o el certificado se paga con dólares antes de pagar impuestos, los beneficios pagados podrían reportarse al IRS. Póngase en contacto con su Empleador con respecto a los requisitos de presentación de informes.

**Debe firmar y fechar este formulario de reclamo en la línea de firma que aparece en esta página.
Si no firma este formulario de reclamo, no podemos aceptar la presentación de su reclamo.**