

# Hacer reclamos es fácil



**Su reclamo se procesa diez días más rápido\*** cuando presenta su reclamo en línea en [www.CombinedInsurance.com/FSPClaims](http://www.CombinedInsurance.com/FSPClaims)

## PRESENTAR UN RECLAMO POR CORREO

1. Descargue el formulario de reclamos.
2. Imprima todas las páginas del formulario de reclamos.
3. Complete todas las secciones de la Declaración del reclamante.
4. Si reclama una discapacidad, pídale a su empleador que complete y firme la **Declaración del empleador** que se encuentra en la **SECCIÓN C** de la tercera página.
5. Pídale a su médico que complete, la **Declaración del médico a cargo de la atención**, que se encuentra en la **SECCIÓN D** de la cuarta página.
6. Repase las Notificaciones de fraude de su estado en la segunda página.
7. Firme y feche el formulario de reclamo en la línea de firma provista al final de la página de Notificaciones de fraude del formulario de reclamos. *Si no firma la página de Notificaciones de fraude, no podemos aceptar su presentación de reclamo.*
8. Elija recibir documentos electrónicamente y, si su reclamo es pagadero, opte por recibir su pago de beneficio electrónicamente por medio de una transferencia bancaria a una cuenta corriente, transferencia a una cuenta de PayPal, o transferencia a una tarjeta de débito (según esté disponible). Para autorizar esto, por favor complete y firme el documento de Consentimiento de transacciones, pagos y firmas electrónicas.
9. Firme y feche la Autorización para obtener y divulgar información de la salud.
10. Envíe su formulario de reclamos completado y firmado junto con la Declaración del médico a cargo de la atención, la Declaración del empleador, si corresponde, y cualquier factura médica o documentación que pueda tener relacionada con su accidente o enfermedad a:

### Combined Insurance Claim Department

PO Box 6700

Scranton, PA 18505-0700

\* En promedio



# 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 a la dirección indicada en el formulario de reclamo. Indique sus números de póliza/certificado en el formulario de reclamos; esto nos ayudará a responder más pronto.



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



**Enfermedad:** Para presentar un reclamo por una pérdida debido a una enfermedad, llene la sección del formulario relacionado a síntomas y diagnóstico. Se le puede solicitar que proporcione detalles adicionales sobre el tratamiento médico que recibió dentro de los 5 años anteriores a la fecha de vigencia de su póliza.



**Condiciones críticas:** Para presentar un reclamo de condiciones críticas, favor de llenar la fecha del diagnóstico y proporcionar una copia del reporte patológico o los resultados de los exámenes confirmando el diagnóstico y el nivel de gravedad.



**Hospitalización:** Si es hospitalizado, proporcione el nombre y dirección del hospital incluyendo las fechas de admisión y de alta. También envíe una copia de la factura detallada del hospital incluyendo el número de días que fue un paciente internado.



**Discapacidad:** Si fue discapacitado y tiene cobertura por discapacidad, proporcione las fechas exactas de la discapacidad total y/o parcial. Si aún está discapacitado al momento de enviar su formulario, se le enviará otro formulario de reclamo por discapacidad continua.



**Bienestar:** Si presenta un reclamo por beneficios de bienestar/prevención/evaluaciones de salud, revise su póliza cuidadosamente para asegurar que la prueba o procedimiento esté cubierto bajo su póliza. No utilice el formulario de reclamos adjunto si está presentando un reclamo por beneficios de bienestar o de evaluación de salud. El formulario que debe utilizar es el reclamo de salud y bienestar que se puede encontrar en [www.combinedinsurance.com/fspforms](http://www.combinedinsurance.com/fspforms).

**Además:** Asegúrese de firmar y fechar la **Autorización para divulgar información**. Esto evitará demoras innecesarias en la eventualidad de que se requiera información adicional.

### Tercera página (Completado por el empleador)

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

### Cuarta página (Completado por el médico)

Su médico de atención primaria debe llenar la **Declaración del médico a cargo de la atención de la Sección D** por completo. 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. Anote la fecha en que se envíe el reclamo. Envíe todas las páginas del formulario completado y cualquier adjunto a:

**Combined Insurance Claim Department**  
P O Box 6700, Scranton, PA 18505-0700



Recuerde, su reclamo se procesa diez días más rápido\* cuando presenta su reclamo en línea en [www.CombinedInsurance.com/FSPClaims](http://www.CombinedInsurance.com/FSPClaims)

\* En promedio

Combined Life Insurance Company of New York | Latham, NY



**INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA PRESENTAR UN RECLAMO**

1. UTILICE ESTE FORMULARIO DE RECLAMOS PARA TODOS LOS RECLAMOS EXCEPTO PARA BENEFICIOS DE BIENESTAR/PREVENTIVOS/EVALUACIÓN DE SALUD.
2. SI RECLAMA POR UNA DISCAPACIDAD, FAVOR DE PEDIR A SU EMPLEADOR O ESCUELA COMPLETAR LA DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR EN LA SECCIÓN C.
3. SI RECLAMA LOS BENEFICIOS MÉDICOS O DE HOSPITAL, SE DEBEN ADJUNTAR LAS FACTURAS DETALLADAS.

SECCIÓN A DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE					
FAVOR DE IMPRIMIR					
PRIMER NOMBRE			APELLIDO		S.N.
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (Su dirección de correo electrónico se actualizará con esta información si es diferente del correo electrónico archivado)					
FAVOR DE INDICAR OTROS NOMBRES QUE PUEDE UTILIZAR COMO NOMBRE DE SOLTERA, SOBRENOMBRE, ETC.		TELÉFONO PRINCIPAL		TELÉFONO SECUNDARIO	
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (ÚLTIMOS 4 DÍGITOS)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ALTURA (PIES/PULGADAS)	PESO (LIBRAS)	MASCULINO	FEMENINO
NÚMERO(S) DE PÓLIZA/CERTIFICADO					
NOMBRE DEL EMPLEADOR					
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL CONTACTO EMPLEADOR		NÚM. DE TELÉFONO DE CONTACTO DEL EMPLEADOR		NÚM. DE FAX DE CONTACTO DEL EMPLEADOR	
SU OCUPACIÓN				INGRESOS MENSUALES	
				\$ ,	
BREVEMENTE DESCRIBA SUS DEBERES LABORALES					
¿HA PRESENTADO UN RECLAMO EN VIRTUD DE LO SIGUIENTE:					
LEY DE INDEMNIZACIÓN LABORAL?    sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		LEY DEL SEGURO SOCIAL?    sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD DEL ESTADO?    sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
SI LA RESPUESTA ES "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ENVÍE UNA COPIA DE LA CARTA DE ADJUDICACIÓN O NEGACIÓN, SI LA RECIBE.					
SI USTED TIENE OTRO SEGURO DE DISCAPACIDAD POR ACCIDENTES O ENFERMEDADES, PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA, LA DIRECCIÓN Y EL MONTO DE BENEFICIO. (SI NO HAY, DECLARE "NINGUNO")					
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA					
DIRECCIÓN					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
MONTO DE BENEFICIO					
SEMANTAL \$ ,		QUINCENAL \$ ,		MENSUAL \$ ,	
SECCIÓN B DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE					
FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES A CONTINUACIÓN QUE SEAN APLICABLES Y PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN PARA SUSTANCIAR LOS SERVICIOS CUBIERTOS QUE SE RECLAMAN BAJO SU PÓLIZA.					
<b>COMPLETAR PARA UN RECLAMO POR ACCIDENTE</b>					
FECHA DEL ACCIDENTE (MM/DD/AAAA)		LESIONES SUFRIDAS			
/ /					
PROPORCIONE UNA DESCRIPCIÓN EXACTA DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE INCLUYENDO UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LO QUE LE PASÓ.					

**COMPLETAR PARA UN RECLAMO POR ENFERMEDAD**

SI PRESENTA PARA BENEFICIOS POR CONDICIONES CRÍTICAS, FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DEL INFORME O EXAMEN(ES) PATOLÓGICOS QUE CONFIRMEN EL DIAGNÓSTICO Y LA SEVERIDAD DE LA CONDICIÓN.

FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (MM/DD/AAAA) / /

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD SI SE CONOCE

 /  / 


FAVOR DE PROPORCIONAR DETALLES ADICIONALES INCLUYENDO SÍNTOMAS.

**COMPLETAR TANTO PARA UN RECLAMO POR ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD**

NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO TRATANTE

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE FAX

FECHA INICIAL DE TRATAMIENTO (MM/DD/AAAA)

ÚLTIMA FECHA DE TRATAMIENTO (MM/DD/AAAA)


 /  / 
 /  / 

NOMBRE DEL SEGUNDO MÉDICO TRATANTE

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE FAX

FECHA INICIAL DE TRATAMIENTO (MM/DD/AAAA)

ÚLTIMA FECHA DE TRATAMIENTO (MM/DD/AAAA)


 /  / 
 /  / 

NOMBRE DEL HOSPITAL

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE FAX

FECHA DE ADMISIÓN (MM/DD/AAAA)

FECHA DE ALTA (MM/DD/AAAA)


 /  / 
 /  / 
**COMPLETAR PARA UN RECLAMO POR DISCAPACIDAD**

**DISCAPACIDAD TOTAL:**

¿CUÁLES SON LAS FECHAS EN QUE NO PUDO REALIZAR NINGUNO DE SUS DEBERES?

DESDE (MM/DD/AAAA)

HASTA (MM/DD/AAAA)

 /  / 
 /  / 

**DISCAPACIDAD PARCIAL:**

¿CUÁLES SON LAS FECHAS EN QUE PUDO SOLAMENTE REALIZAR SU DEBERES PARCIALMENTE?

DESDE (MM/DD/AAAA)

HASTA (MM/DD/AAAA)

 /  / 
 /  / 

FECHA DEL ÚLTIMO DÍA QUE TRABAJÓ (MM/DD/AAAA)

FECHA EN QUE REGRESÓ A TRABAJAR (MM/DD/AAAA)

 /  / 
 /  / 

PIDA A SU EMPLEADOR COMPLETAR Y FECHAR LA SECCIÓN C: DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR QUE SE ENCUENTRA EN LA SIGUIENTE PÁGINA. SI EL ASEGURADO ES UN ESTUDIANTE, EL DIRECTOR DE LA ESCUELA DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN.

**ADVERTENCIA DE FRAUDE**

Cualquier persona que a sabiendas y 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.

**X** \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RECLAMANTE

FECHA

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

Firmado en nombre del reclamante, como \_\_\_\_\_ (relación con el reclamante). Si usted es el apoderado (POA, por sus siglas en inglés), tutor legal o custodio, por favor adjunte una copia del documento que otorga tal autoridad.

Si su póliza/certificado se paga con dólares antes de impuestos, los beneficios pagados pueden ser informados al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Póngase en contacto con su empleador sobre los requisitos de información.

**Debe firmar y fechar este formulario de reclamos en la línea provista en esta página.**

**Si no firma este formulario de reclamo, no podemos aceptar su presentación de reclamo.**

## SECCIÓN C

## DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

SI TIENE EMPLEO FUERA DEL HOGAR, SU EMPLEADOR DEBE VERIFICAR SU DISCAPACIDAD AL COMPLETAR LA SECCIÓN C: DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR. FAVOR DE TOMAR EN CUENTA: SI EL ASEGURADO ES UN ESTUDIANTE, EL DIRECTOR DE LA ESCUELA DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN.

PRIMER NOMBRE DEL EMPLEADO		APELLIDO		S.N.
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO		FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		NÚMERO DE RECLAMO (SI ESTÁ DISPONIBLE)
FECHA DEL ÚLTIMO DÍA QUE TRABAJÓ (MM/DD/AAAA)	FECHA EN QUE REGRESÓ A TRABAJAR (MM/DD/AAAA)	TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/>	TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>	INGRESOS MENSUALES \$
NÚMERO(S) DE PÓLIZA				
OCUPACIÓN DEL EMPLEADO		DESCRIPCIÓN DE LOS DEBERES PRINCIPALES DE LA OCUPACIÓN		
¿SE PRESENTÓ UN RECLAMO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL POR ESTA DISCAPACIDAD? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿SE PAGÓ? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
SI LA RESPUESTA ES "SÍ", PORPORCIONE EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL PORTADOR DE COMPENSACIÓN. TAMBIÉN ENVÍE EL INFORME INICIAL DE LA LESIÓN.				
NOMBRE				
DIRECCIÓN				
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO				
EXIGENCIAS FÍSICAS DEL TRABAJO (HH = horas, MM = minutos)				
SENTADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> POR DÍA	CAMINANDO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> POR DÍA	SUBIENDO/BAJANDO ESCALERAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> POR DÍA	MANEJANDO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> POR DÍA	
LEVANTANDO: <input type="checkbox"/> MENOS DE 15 LIBRAS <input type="checkbox"/> 15 A 45 LIBRAS <input type="checkbox"/> MÁS DE 45 LIBERAS		AGACHADO/INCLINADO: <input type="checkbox"/> NADA <input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> CON FRECUENCIA		
DISCAPACIDAD TOTAL: ¿CUÁLES SON LAS FECHAS EN LAS QUE EL EMPLEADO NO PUDO REALIZAR SUS DEBERES?		DISCAPACIDAD PARCIAL: ¿CUALES SON LAS FECHAS EN LAS QUE EL EMPLEADO SOLO PUDO REALIZAR SUS DEBERES PARCIALMENTE?		
DESDE (MM/DD/AAAA)	HASTA (MM/DD/AAAA)	DESDE (MM/DD/AAAA)	HASTA (MM/DD/AAAA)	
DURANTE LA DISCAPACIDAD PARCIAL, EL EMPLEADO RECIBIÓ 75% O MÁS DE SUS INGRESOS PREVIOS A LA DISCAPACIDAD? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI LA RESPUESTA ES "NO", ¿CUÁL FUE EL PORCENTAJE? _____ %				
DESCRIPCIÓN DE LOS DEBERES REALIZADOS (SI ESTÁ EN UNA DISCAPACIDAD PARCIAL)				
NOMBRE DE CONTACTO DEL EMPLEADOR		CARGO DEL CONTACTO	FECHA (MM/DD/AAAA)	
FIRMA		NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	

## SECCIÓN D

## DECLARACIÓN DEL MÉDICO A CARGO DE LA ATENCIÓN

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE		APELLIDO		S.N.	EDAD
DIRECCIÓN					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NATURALEZA Y ORIGEN DE: <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> LESIÓN		DIAGNÓSTICO (DESCRIBA COMPLICACIONES, SI LAS HUBIERA)			
¿CUÁNDO APARECIERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? (MM/DD/AAAA)		¿CUÁNDO LO CONSULTÓ AL PACIENTE POR ESTA CONDICIÓN POR PRIMERA VEZ? (MM/DD/AAAA)		EN CASO DE UNA ENFERMEDAD ¿CUÁNDO FUE DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ? (MM/DD/AAAA)	
INDIQUE LA FECHA Y EL TIPO DE DIAGNOSTICO UTILIZADO PARA DIAGNOSTICAR LA CONDICIÓN ACTUAL. SI MÁS EXAMENES FUERON REALIZADOS, FAVOR DE INCLUIR DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO. (MM/DD/AAAA)					
¿ALGUNA VEZ HA TENIDO EL PACIENTE ESTA MISMA CONDICIÓN O UNA SIMILAR? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		(SI LA RESPUESTA ES "SÍ", DECLARE CUANDO FUE Y DESCRIBA.) (MM/DD/AAAA)			
¿CÓMO ORIGINÓ LA CONDICIÓN?		DESCRIBA TODAS CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O INFIRMIIDAD QUE AFECTA LA CONDICIÓN ACTUAL.			
NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO(S) QUIRÚRGICO U OBSTETRICO, SI LO HUBIERA. (DESCRIBIR COMPLETAMENTE)					
FECHA (MM/DD/AAAA)	PROCEDIMIENTO			REDUCCIÓN ABIERTA O CERRADA	
	NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN			ABIERTA <input type="checkbox"/>	CERRADA <input type="checkbox"/>
PROPORCIONE LAS FECHAS DE LOS TRATAMIENTOS Y LA NATURALEZA DE LOS TRATAMIENTOS QUE NO FUERON QUIRÚRGICOS.					
OFICINA	FECHA (MM/DD/AAAA)	NATURALEZA DEL TRATAMIENTO(S)			
		NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN			
SALA DE EMERGENCIAS (ER, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	FECHA (MM/DD/AAAA)	NATURALEZA DEL TRATAMIENTO			
		NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN			
CENTRO DE CUIDADO DE URGENCIAS	FECHA (MM/DD/AAAA)	NATURALEZA DEL TRATAMIENTO			
		NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN			
¿EL PACIENTE CONTINÚA BAJO SU CUIDADO?	¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO ESTUVO O ESTARÁ EL PACIENTE TOTALMENTE DISCAPACITADO (SIN PODER TRABAJAR)?		¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO ESTUVO O ESTARÁ EL PACIENTE PARCIALMENTE DISCAPACITADO (QUE SOLO PUEDA TRABAJAR A TIEMPO PARCIAL O REALIZAR DEBERES DEL TRABAJO PARCIALES)?		
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESDE (MM/DD/AAAA)	HASTA (MM/DD/AAAA)	DESDE (MM/DD/AAAA)	HASTA (MM/DD/AAAA)	
FAVOR DE INDICAR LAS RESTRICCIONES PUESTAS AL PACIENTE POR CUALQUIER DISCAPACIDAD QUE HAYA SIDO INDICADA.					
SI EL PACIENTE ESTÁ DISCAPACITADO EN LA FECHA DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ¿EXISTE UNA FECHA EN LA QUE DEBE REGRESAR AL TRABAJO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		(SI LA RESPUESTA ES "SÍ", INDIQUE LA FECHA DE REGRESAR AL TRABAJO.)		FECHA PARA REGRESAR AL TRABAJO (MM/DD/AAAA)	
EN CASO DE HABER SIDO HOSPITALIZADO, PROPORCIONE EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Y LAS FECHA DE INTERNACIÓN.			FECHA DE ADMISIÓN (MM/DD/AAAA)	FECHA DE ALTA (MM/DD/AAAA)	
NOMBRE DEL HOSPITAL					
DIRECCIÓN					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL MÉDICO		TÍTULO	FIRMA		
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	FECHA (MM/DD/AAAA)		SELLO	
DIRECCIÓN					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DEBE SER PROPORCIONADO BAJO AUTORIDAD DE LA SECCIÓN 6109 DEL CÓDIGO DE IMPUESTOS INTERNOS (IRS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)					
NO. DE SEGURO SOCIAL DEL PRACTICANTE INDIVIDUAL			TODOS LOS DEMÁS: NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR		

## CONSENTIMIENTO A TRANSACCIONES, PAGOS Y FIRMAS ELECTRÓNICAS

### 1. Consentimiento a las transacciones electrónicas

Al firmar y fechar este formulario, usted reconoce, acuerda y acepta, por medio de Combined Life Insurance Company of New York ("Combined"), 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, a medida que la ley lo permita. Los documentos electrónicos serán enviados en línea a su cuenta de auto-servicio 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 para usted. Usted es responsable de proporcionarnos con una dirección de correo electrónico válida al que tiene acceso regularmente y usted es responsable de notificarnos de inmediato cualquier cambio de dirección de correo electrónico. Puede realizar cambios a su correo electrónico a través de nuestro portal de auto-servicio en <https://my.combinedinsurance.com> o llamando 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. Para retirar su consentimiento, puede llamar a nuestro Departamento de atención al cliente al 1-800-341-3718, de lunes a viernes entre 7:30 am y 6:00 pm CST o puede ir al enlace de la página [www.combinedinsurance.com/us-es/PFP/contact-us](http://www.combinedinsurance.com/us-es/PFP/contact-us) 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.

### 2. 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 (según esté disponible). Combined no impondrá ninguna tarifa 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.

Si alguna porción de su reclamo es pagadera, recibirá un correo electrónico con un enlace para configurar una cuenta y proporcionar la ruta y el número de cuenta del banco u otra cuenta donde desee que sean depositados los fondos. Si no configura una cuenta y proporciona la información de la misma dentro de tres (3) días calendario, emitiremos automáticamente el pago mediante un cheque enviado por correo a la dirección que figura en el registro.

Los fondos no reclamados están sujetos a las leyes aplicables relativas a la propiedad no reclamada.

Al firmar y fechar este formulario, usted certifica que es el Asegurado principal de la cobertura por la cual se presentó el reclamo.





### AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Número de reclamo o póliza: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Internado \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Dado de alta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esto autorizará a COMBINED LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, PO BOX 6700, Scranton, PA, 18505-0700 a obtener la información médica necesaria para evaluar mi reclamo de seguro. La información que se obtendrá incluirá información de cualquier base de datos de medicamentos recetados, todos los proveedores de atención médica, el empleador, la agencia de informes del consumidor, cualquier otra compañía de seguros o la Oficina de información médica (MIB, por sus siglas en inglés), que sea relevante a mi pérdida o condición evaluada. Además, autorizo a Combined a confiar en esta autorización durante dos años, o según lo permita la ley, a divulgar información sobre mí con el fin de procesar mis reclamos de seguro, incluyendo asistencia para regresar al trabajo.

La información a ser divulgada puede incluir, pero no se limita a:

Historial de enfermedades actuales	Informe del especialista	Resumen del alta
Informes operativos	Informes patológicos	Resultados de laboratorio
Notas diarias del médico	Historial médico previo	Admisiones previas
Informes de radiografías	Sangre/toxicología	

La información es necesaria para los siguientes propósitos: Evaluación y proceso de mi reclamo de seguro

Entiendo que la información divulgada por esta autorización también puede incluir información sobre el tratamiento de enfermedades físicas y mentales, VIH, abuso de alcohol/ drogas e historial médico anterior.

Entiendo que una vez cumplidos los propósitos mencionados anteriormente, este consentimiento vencerá (24) meses después de la fecha de la firma sin ninguna revocación expresa. Entiendo y tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y para hacerlo, debo presentar una revocación por escrito a Combined Life Insurance Company of New York. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo según mi póliza/certificado o evaluar mi solicitud de seguro para la cobertura.

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

X \_\_\_\_\_  
 (Firma del reclamante)

Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Debe ser completado)

X \_\_\_\_\_  
 (Firma del padre/madre o tutor legal)

\_\_\_\_\_  
 (Relación con el paciente si es firmado por el tutor legal)

Una fotocopia de esta autorización puede ser tratada de la misma manera que un original.