

# Hacer reclamos es fácil

CHUBB



## **CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO** - Favor de seguir los pasos sencillos a continuación

---

1. Descargue el formulario de reclamo. Complete las secciones en base al tipo de reclamo

### Para reclamos por accidentes

1. Completar las secciones A, B y D.
2. Pida a su médico completar la sección G.

### Para reclamos por condiciones críticas

1. Completar las secciones A, C y D.
2. Pida a su médico completar la sección G.

### Para reclamos por discapacidad

1. Completar las secciones A, D y E.
2. Pida a su empleador completar la sección F.
3. Pida a su médico completar la sección G.

2. Repase las Notificaciones de fraude de su estado en la quinta o sexta página.
3. 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.
4. Firme y feche la Autorización para obtener y divulgar información de la salud.
5. 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:

### **Chubb Workplace Benefits**

Claim Department  
PO Box 6803  
Scranton, PA 18505-6803

# 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.



**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.



**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/prevenición/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.chubb.com/us-en/claims/chubb-workplace-benefits.aspx](http://www.chubb.com/us-en/claims/chubb-workplace-benefits.aspx).

**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 es 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 envió el reclamo. Envíe todas las páginas del formulario completado y cualquier adjunto a:

### Chubb Workplace Benefits

Claim Department  
PO Box 6803  
Scranton, PA 18505-6803

## INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA PRESENTAR UN RECLAMO

1. UTILICE ESTE FORMULARIO DE RECLAMOS PARA RECLAMOS POR ACCIDENTE, CONDICIONES CRÍTICAS O POR DISCAPACIDAD.
2. SI RECLAMA POR UNA DISCAPACIDAD, PIDA A SU EMPLEADOR COMPLETAR LA SECCIÓN F, LA DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR.
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                       | ALTURA (PIES/PULGADAS)     | PESO (LIBRAS)       |
|                                                                                                                                                                                     | MM DD YYYY                                |                            |                     |
| NÚMERO(S) DE PÓLIZA/CERTIFICADO                                                                                                                                                     |                                           | MASCULINO                  | FEMENINO            |
|                                                                                                                                                                                     |                                           | X                          | X                   |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR                                                                                                                                                                |                                           |                            |                     |
| DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR                                                                                                                                                             |                                           |                            |                     |
| CIUDAD                                                                                                                                                                              |                                           | ESTADO                     | CÓDIGO POSTAL       |
|                                                                                                                                                                                     |                                           |                            |                     |
| 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.      |                                           |                            |                     |
| COMPLETAR PARA UN RECLAMO POR <b>ACCIDENTE</b> , Y LUEGO COMPLETAR LA SECCIÓN D.                                                                                                    |                                           |                            |                     |
| FECHA DEL ACCIDENTE                                                                                                                                                                 | LESIONES SUFRIDAS                         |                            |                     |
| MM DD AAAA                                                                                                                                                                          |                                           |                            |                     |
| PROPORCIONE UNA DESCRIPCIÓN EXACTA DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE INCLUYENDO UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LO QUE LE PASÓ.                                                     |                                           |                            |                     |
|                                                                                                                                                                                     |                                           |                            |                     |
| SECCIÓN C                                                                                                                                                                           |                                           | DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE |                     |
| COMPLETAR PARA UN RECLAMO POR <b>CONDICIONES CRÍTICAS</b> , Y LUEGO COMPLETAR LA SECCIÓN D.                                                                                         |                                           |                            |                     |
| 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                                                                                                                                       | DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD SI SE CONOCE |                            |                     |
| MM DD AAAA                                                                                                                                                                          |                                           |                            |                     |
| FAVOR DE PROPORCIONAR DETALLES ADICIONALES INCLUYENDO SÍNTOMAS.                                                                                                                     |                                           |                            |                     |
|                                                                                                                                                                                     |                                           |                            |                     |

Las declaraciones hechas por usted en este formulario de reclamo deben ser verdaderas y completas. Consulte la Advertencia de fraude correspondiente a su estado en las páginas de Notificaciones de Fraude adjuntas. Debe firmar y fechar este formulario de reclamo en la línea de firma que aparece en la página de Notificaciones de fraude. *Si no firma esta página de Notificaciones de fraude, no podemos aceptar su presentación de reclamo.*

| SECCIÓN D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------|----------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--|
| DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| <b>COMPLETAR TANTO PARA UN RECLAMO POR ACCIDENTE, CONDICIONES CRÍTICAS O DISCAPACIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| NOMBRE DEL PRIMER MÉDICO TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| CIUDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  | ESTADO                       |                                       | CÓDIGO POSTAL               |  |
| NÚMERO DE TELÉFONO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |            | NÚMERO DE FAX  |  |                                                                                                                |  | FECHA INICIAL DE TRATAMIENTO |                                       | ÚLTIMA FECHA DE TRATAMIENTO |  |
| MM DD AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |            | MM DD AAAA     |  |                                                                                                                |  | MM DD AAAA                   |                                       | MM DD AAAA                  |  |
| NOMBRE DEL SEGUNDO MÉDICO TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| CIUDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  | ESTADO                       |                                       | CÓDIGO POSTAL               |  |
| NÚMERO DE TELÉFONO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |            | NÚMERO DE FAX  |  |                                                                                                                |  | FECHA INICIAL DE TRATAMIENTO |                                       | ÚLTIMA FECHA DE TRATAMIENTO |  |
| MM DD AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |            | MM DD AAAA     |  |                                                                                                                |  | MM DD AAAA                   |                                       | MM DD AAAA                  |  |
| NOMBRE DEL HOSPITAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| DIRECCIÓN DEL HOSPITAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| CIUDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  | ESTADO                       |                                       | CÓDIGO POSTAL               |  |
| NÚMERO DE TELÉFONO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |            | NÚMERO DE FAX  |  |                                                                                                                |  | FECHA DE ADMISIÓN            |                                       | FECHA DE ALTA               |  |
| MM DD AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |            | MM DD AAAA     |  |                                                                                                                |  | MM DD AAAA                   |                                       | MM DD AAAA                  |  |
| SECCIÓN E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| <b>SOLAMENTE COMPLETAR PARA UN RECLAMO POR DISCAPACIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| 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:<br>LEY DE INDEMNIZACIÓN LABORAL?    sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> LEY DEL SEGURO SOCIAL?    sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD DEL ESTADO?    sí <input checked="" type="checkbox"/> no <input checked="" 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 DE SEGUROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| CIUDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  | ESTADO                       |                                       | CÓDIGO POSTAL               |  |
| MONTO DE BENEFICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| SEMANAL \$ ,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |            | QUINCENAL \$ , |  |                                                                                                                |  | MENSUAL \$ ,                 |                                       |                             |  |
| <b>DISCAPACIDAD TOTAL:</b><br>¿CUÁLES SON LAS FECHAS EN QUE NO PUDO REALIZAR NINGUNO DE SUS DEBERES?                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |            |                |  | <b>DISCAPACIDAD PARCIAL:</b><br>¿CUÁLES SON LAS FECHAS EN QUE PUDO SOLAMENTE REALIZAR SU DEBERES PARCIALMENTE? |  |                              |                                       |                             |  |
| DESDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  | HASTA      |                |  | DESDE                                                                                                          |  |                              | HASTA                                 |                             |  |
| MM DD AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  | MM DD AAAA |                |  | MM DD AAAA                                                                                                     |  |                              | MM DD AAAA                            |                             |  |
| FECHA DEL ÚLTIMO DÍA QUE TRABAJÓ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |            |                |  | FECHA EN QUE REGRESÓ A TRABAJAR                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |
| MM DD AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |            |                |  | MM DD AAAA                                                                                                     |  |                              |                                       |                             |  |
| PIDA A SU EMPLEADOR COMPLETAR Y FECHAR LA SECCIÓN F: DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR QUE SE ENCUENTRA EN LA SIGUIENTE PÁGINA.                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |            |                |  |                                                                                                                |  |                              |                                       |                             |  |

### DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

|                            |           |      |
|----------------------------|-----------|------|
| PRIMER NOMBRE DEL EMPLEADO | APELLIDO: | S.N. |
|                            |           |      |

| CIUDAD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|---------------|--|--|
|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |               |  |  |

|                    |                     |                                         |
|--------------------|---------------------|-----------------------------------------|
| NÚMERO DE TELÉFONO | FECHA DE NACIMIENTO | NÚMERO DE RECLAMO (SI ESTÁ DISPONIBLE): |
| <div></div>        | <div></div>         | <div></div>                             |

|                                  |    |      |  |  |                                 |    |      |  |  |                                                                                                        |  |                    |  |  |   |  |  |
|----------------------------------|----|------|--|--|---------------------------------|----|------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|--|---|--|--|
| FECHA DEL ÚLTIMO DÍA QUE TRABAJÓ |    |      |  |  | FECHA EN QUE REGRESÓ A TRABAJAR |    |      |  |  | TIEMPO COMPLETO <input checked="" type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input checked="" type="checkbox"/> |  | INGRESOS MENSUALES |  |  |   |  |  |
| MM                               | DD | AAAA |  |  | MM                              | DD | AAAA |  |  |                                                                                                        |  | \$                 |  |  | , |  |  |

[illegible]

| OCUPACIÓN DEL EMPLEADO | DESCRIPCIÓN DE LOS DEBERES PRINCIPALES DE LA OCUPACIÓN |
|------------------------|--------------------------------------------------------|
|                        |                                                        |

¿SE PRESENTÓ UN RECLAMO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL POR ESTA DISCAPACIDAD? SÍ ☒ NO ☒ ¿SE PAGÓ? SÍ ☒ NO ☒

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.

[illegible]

| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|--------|--------|---------------|
|        |        |               |

| NÚMERO DE TELÉFONO |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |  |  |  |  |  |  |  |  |

**EXIGENCIAS FÍSICAS DEL TRABAJO (HH = horas, MM = minutos)**

SENTADO   POR DÍA    CAMINANDO   POR DÍA    SUBIENDO/BAJANDO ESCALERAS   POR DÍA    MANEJANDO   POR DÍA

LEVANTANDO: ☒ MENOS DE 15 LIBRAS ☐ 15 A 45 LIBRAS ☒ MÁS DE 45 LIBERAS AGACHADO/INCLINADO: ☒ NADA ☐ RARAMENTE ☒ CON FRECUENCIA

|                                                                                                           |                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DISCAPACIDAD TOTAL:</b><br>¿CUÁLES SON LAS FECHAS EN LAS QUE EL EMPLEADO NO PUDO REALIZAR SUS DEBERES? | <b>DISCAPACIDAD PARCIAL:</b><br>¿CUALES SON LAS FECHAS EN LAS QUE EL EMPLEADO SOLO PUDO REALIZAR SUS DEBERES PARCIALMENTE? |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DESDE       HASTA

DURANTE LA DISCAPACIDAD PARCIAL, EL EMPLEADO RECIBIÓ 75% O MÁS DE SUS INGRESOS PREVIOS A LA DISCAPACIDAD? SÍ ☒ NO ☒ 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 G                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 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 checked="" type="checkbox"/> ENFERMEDAD                                                    |  | DIAGNÓSTICO (DESCRIBA COMPLICACIONES, SI LAS HUBIERA) |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> LESIÓN                                                        |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
| ¿CUÁNDO APARECIERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                   |  |                                                       |  | ¿CUÁNDO LO CONSULTÓ AL PACIENTE POR ESTA CONDICIÓN POR PRIMERA VEZ?                    |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  | EN CASO DE UNA ENFERMEDAD ¿CUÁNDO FUE DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ?                    |  |               |  |      |  |      |  |
| MM DD AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                   |  |                                                       |  | MM DD AAAA                                                                             |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  | 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 checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" 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                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | PROCEDIMIENTO                                                                                     |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  | REDUCCIÓN ABIERTA O CERRADA                                                             |  |               |  |      |  |      |  |
| MM DD AAAA                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  | ABIERTA <input checked="" type="checkbox"/> CERRADA <input checked="" type="checkbox"/> |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN                                                                     |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
| PROPORCIONE LAS FECHAS DE LOS TRATAMIENTOS Y LA NATURALEZA DE LOS TRATAMIENTOS QUE NO FUERON QUIRÚRGICOS.                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
| OFICINA                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | FECHA                                                                                             |  | NATURALEZA DEL TRATAMIENTO(S)                         |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | MM DD AAAA                                                                                        |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | MM DD AAAA                                                                                        |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | MM DD AAAA                                                                                        |  | NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN                         |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
| SALA DE EMERGENCIAS (ER, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)                                                                                                                                                                                                                                  |  | FECHA                                                                                             |  | NATURALEZA DEL TRATAMIENTO                            |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | MM DD AAAA                                                                                        |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  | NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN                         |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
| CENTRO DE CUIDADO DE URGENCIAS                                                                                                                                                                                                                                                      |  | FECHA                                                                                             |  | NATURALEZA DEL TRATAMIENTO                            |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | MM DD AAAA                                                                                        |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  | 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 checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                       |  | DESDE                                                                                             |  | HASTA                                                 |  | DESDE                                                                                  |  | HASTA                                                                                                                                                              |  | DESDE                                                |  | HASTA                                                                                   |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | MM DD AAAA                                                                                        |  | MM DD AAAA                                            |  | MM DD AAAA                                                                             |  | MM DD AAAA                                                                                                                                                         |  | MM DD AAAA                                           |  | 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 checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" 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                                    |  |                                                                                         |  | FECHA DE ALTA |  |      |  |      |  |
| NOMBRE DEL HOSPITAL                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  | MM DD AAAA                                           |  |                                                                                         |  | MM DD AAAA    |  |      |  |      |  |
| DIRECCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
| CIUDAD                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  | ESTADO                                                                                  |  | CÓDIGO POSTAL |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
| NOMBRE DEL MÉDICO                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                   |  |                                                       |  | TÍTULO                                                                                 |  |                                                                                                                                                                    |  | FIRMA                                                |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
| NÚMERO DE TELÉFONO                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                   |  | NÚMERO DE FAX                                         |  |                                                                                        |  | FECHA                                                                                                                                                              |  |                                                      |  | SELLO                                                                                   |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  | MM DD AAAA                                                                                                                                                         |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
| 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 |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                   |  |                                                       |  |                                                                                        |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                      |  |                                                                                         |  |               |  |      |  |      |  |

---

**NOTIFICACIONES DE FRAUDE**

---

**Si es residente de o si la póliza fue emitida en uno de los siguientes estados, estamos obligados a proveerle con 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 o con intención de lesionar, 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.

**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 contiene información falsa o engañosa está sujeta a penalidades criminales 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.



## NOTIFICACIONES DE FRAUDE CONTINUADAS

**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 defraudar presenta información falsa en una solicitud de seguro, o presenta, ayuda o causa la presentación de un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presenta más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, una vez condenados, será sancionado por cada violación con la multa de no menos de cinco mil (\$5,000) y no más de diez mil (\$10,000), o un plazo fijo de encarcelamiento por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción así establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años, si existen circunstancias atenuantes, se puede reducir a un mínimo de dos (2) 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

**NEW YORK:** 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.

## LA FIRMA DEL RECLAMANTE ES REQUERIDA

Al reclamar estas ganancias, 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 aplicable. También entiendo que la compañía se reserva el derecho de solicitar u obtener más información, si se considera necesario.

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.**



**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 CHUBB 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 CHUBB 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 CHUBB. 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.