

## Declaración del médico

### Formulario de reclamo por pérdida accidental de miembros

**Al entregar este formulario e investigar el reclamo, la Compañía no admite responsabilidad legal ni renuncia a sus derechos o defensas.**

|                                                                                                                                                                                |                                  |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Nombre del paciente                                                                                                                                                            | Fecha de nacimiento del paciente | Identificación/ SSN del paciente |
| ¿En qué fecha fue consultado por primera vez por la condición descrita en la declaración del reclamante?                                                                       |                                  |                                  |
| ¿Qué historia le dieron en la consulta inicial acerca de la causa de la condición?                                                                                             |                                  |                                  |
| ¿De qué síntomas se quejó el/la paciente?                                                                                                                                      |                                  |                                  |
| ¿Había evidencias visibles de trauma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "Sí", describa:                                                      |                                  |                                  |
| Describa otros detalles revelados por el examen.                                                                                                                               |                                  |                                  |
| ¿Había alguna señal de que una enfermedad podría haber causado o contribuido a la pérdida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contestó "Sí", describa: |                                  |                                  |

#### COMPLETE SÓLO LA SECCIÓN APROPIADA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| <b>PÉRDIDA DE UN MIEMBRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>A. Indique qué miembro fue afectado</p> <p><input type="checkbox"/> Mano derecha    <input type="checkbox"/> Mano izquierda    <input type="checkbox"/> Pie derecho    <input type="checkbox"/> Pie izquierdo    <input type="checkbox"/> Dedo de la mano</p> <p>B. Punto de la amputación _____</p> <p>¿Está arriba de la muñeca o el tobillo (o la articulación entre metacarpo y falange de los dedos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>C. Fecha de la amputación _____</p> <p>D. En su opinión, ¿la amputación resultó sólo de una lesión corporal accidental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |           |          |
| <b>PÉRDIDA DE LA VISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>A. Percepción visual: con anteojos OD _____ OS _____ Fecha _____</p> <p style="padding-left: 40px;">sin anteojos OD _____ OS _____ Fecha _____</p> <p>B. ¿La vista puede mejorar con tratamiento o anteojos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>C. En su opinión, ¿la pérdida de la vista es completa e irreversible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>D. En su opinión, ¿la pérdida de la vista resultó sólo de una lesión corporal accidental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>E. ¿La pérdida de la vista es total? ¿Cuándo ocurrió la pérdida? _____</p>          |           |          |
| <p><b>Toda persona que deliberadamente y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora o a otra persona envíe una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa podría estar cometiendo un delito y podría estar sujeta a cargos civiles o criminales.</b></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |          |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Firma del doctor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Dirección | Teléfono |

**¿Preguntas?** Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.

## Advertencias sobre fraudes

**Alabama:** Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente ponga información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a restituir lo que recibió, a multas y a cárcel, o a una combinación de estas penas.

**Alaska:** LAS LEYES DE ALASKA REQUIEREN QUE LE INFORMEMOS LO SIGUIENTE: Toda persona que, con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa podría ser enjuiciada bajo las leyes estatales.

**Arizona:** Para protegerle a usted, las leyes de **Arizona** requieren que la declaración siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o **fraudulento** para que le paguen una pérdida quedará sujeta a penalidades civiles y criminales. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas, negaciones de **seguro** y daños civiles.

**California:** Para protegerle a usted, las leyes de California requieren que lo siguiente esté en este formulario. Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a encarcelamiento en una prisión estatal.

**Colorado:** Es un acto ilegal dar información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a una aseguradora con el propósito de cometer fraude o de intentar defraudar a la compañía. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas, negación de seguro y daños civiles. Las aseguradoras y los agentes de aseguradoras que den información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a los asegurados o a quienes presentan reclamos con el propósito de defraudar o de intentar defraudarlos en relación con el pago de una conciliación o de una recompensa otorgada por la aseguradora, se deben reportar a "Division of Insurance" del "Department of Regulatory Agencies" de Colorado.

**Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave.

**Distrito de Columbia: ADVERTENCIA:** Es un delito dar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a otra persona. Entre las penalidades se incluyen cárcel y/o multas. Además, las aseguradoras podrían negarle los beneficios del seguro, si el solicitante da información falsa para el reclamo.

**Florida:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave en tercer grado.

**Kansas:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga una declaración por escrito como parte de una solicitud de seguro, la calificación de una política de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa o, que con el propósito de engañar, oculte información sobre los hechos materiales, podría haber defraudado una aseguradora.

**Kentucky:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga un reclamo con información falsa o, que con el propósito de engañar, oculte información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude a una aseguradora, lo cual es un delito.

**Maine:** Es un delito dar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas y negación de los beneficios del seguro.

**Minnesota:** Las personas que hagan un reclamo con la intención de cometer un fraude o que ayuden a defraudar a una aseguradora serán culpables de un delito.

**New Hampshire:** Toda persona que, con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a cargos y castigos por defraudar a una aseguradora, según se indica en la sección RSA 638:20.

**New Jersey:** Toda persona que deliberadamente haga un reclamo con información falsa o engañosa quedará sujeta a penas civiles y criminales.

**New Mexico:** Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente ponga información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas civiles y penalidades criminales.

**New York:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información falsa o, con el propósito de engañar, oculte información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude contra la aseguradora, lo cual es un delito y quedará sujeta a penas civiles que no serán mayores a cinco mil dólares y al valor declarado del reclamo por cada una de estas violaciones.

**Oregon:** Toda persona que, con la deliberada intención de defraudar o consciente de que está contribuyendo a defraudar a una aseguradora, haga una solicitud o un reclamo con información falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude contra la aseguradora.

**Pennsylvania:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga una solicitud de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa o, con el propósito de engañar oculte información sobre los hechos materiales, comete un acto de fraude contra una aseguradora, lo cual es un delito y queda sujeta a cargos civiles o criminales.

**Puerto Rico:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar, incluya información falsa en un archivo o solicitud de seguro, ayude o encubra en la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito y, si lo encuentran culpable, será castigado por cada delito con una multa mayor a cinco mil dólares (\$5,000), sin sobrepasar diez mil dólares (\$10,000); o será encarcelado por un período fijo de tres (3) años, o ambas penalidades. Si hay circunstancias agravantes, el período fijo de cárcel podría subir a un máximo de cinco (5) años; y si hay circunstancias mitigantes, la cárcel podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

**Tennessee, Virginia y Washington:** Es un delito dar información falsa, incompleta, o engañosa deliberadamente a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Las penalidades incluyen cárcel, multas y negación de los beneficios del seguro.

**Otros estados no mencionados:** Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio, o que deliberadamente ponga información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a cárcel.

**¿Preguntas?** Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.