

# Formulario de reclamo por pérdida de un miembro o de la vista por accidente

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

## Sección 1. LA DEBE COMPLETAR EL EMPLEADOR O EL ADMINISTRADOR DEL PLAN

Número de póliza de grupo de 4 Ever Life Insurance Company:		Número del certificado:		Número de Seguro Social:	
El reclamo es por el: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Dependiente		Nombre:		Relación con el asegurado:	
Nombre del asegurado:			Título del trabajo:		Último día en el trabajo:
Dirección:				Fecha de nacimiento	Mes    Día    Año
Clasificación del seguro	Fecha efectiva del último aumento de beneficios	¿Ya terminó el seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si dijo "Sí", dé la fecha:	
Cantidad total del seguro de pérdida de un miembro o de la vista por accidente \$			Cantidad de este reclamo \$		<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50%
¿La pérdida se debe a un accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contestó "Sí", ¿se hizo un reclamo de compensación de empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la compañía de compensación de empleados:			Dirección:		
<p>Certifico que, según nuestros registros, la información anterior es correcta. La información anterior, los documentos relacionados y las declaraciones de todos los médicos que atendieron o trataron a la persona que presentó el reclamo y el resto de los documentos requeridos serán parte de las pruebas del reclamo. La entrega de este formulario y de otros relacionados no es una admisión de que el seguro era efectivo en la fecha de pérdida de un miembro o de la vista por accidente ni una renuncia a derechos o defensas.</p>					
Empleador/Administrador del plan: _____			Dirección _____		
Teléfono _____		Extensión _____		Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	
Fecha _____			Email _____		
Por _____			Firma del representante autorizado (se requiere)		
<small>Título y nombre en letra de imprenta del representante autorizado (se requiere)</small>			<small>Firma del representante autorizado (se requiere)</small>		

## Sección 2. LA DEBE COMPLETAR EL EMPLEADO, EL MIEMBRO O EL DEPENDIENTE

Fecha del accidente:	Hora del accidente: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	Lugar del accidente:
Describa lo que sucedió:		¿Qué lesiones se sufrieron?
¿Se dieron primeros auxilios inmediatamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", describa abajo: Nombre y dirección del doctor      Nombre y dirección del hospital      Nombre y dirección de otra institución médica		
¿El accidente se reportó a la policía o a otra agencia oficial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es "Sí", dé el nombre y dirección de la agencia oficial:

¿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.

Nombre y dirección de los testigos:		
¿Tiene otro seguro que ofrezca beneficios por pérdida de un miembro o de la vista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", dé el nombre de la otra compañía:	# de póliza:
Nombre de la aseguradora de autos, si la pérdida se debe a un accidente de auto:		
Fecha	Firma del empleado, el miembro o el dependiente	

### Sección 3. Autorización - LA DEBE FIRMAR EL EMPLEADO, EL MIEMBRO O EL DEPENDIENTE

Instrucciones: El empleado, el miembro o el dependiente debe completar y firmar la autorización. Si el empleado, el miembro o el dependiente no puede firmar, la autorización la debe completar y firmar el guardián legal o el familiar más cercano.

A los proveedores de atención médica:

Usted está autorizado a permitir que Planned Administrators, Inc., el Administrador de terceros y todo representante autorizado vean y obtengan copias de todos los registros de los servicios de atención médica prestados, la asesoría sobre atención médica, los tratamientos y los suministros provistos al paciente, incluyendo la información relacionada a enfermedades mentales, tratamiento para drogas o alcohol, VIH o SIDA. La información provista solo se usará para cuestiones relacionadas a la evaluación del pago de reclamos de beneficios.

Comprendo que la información divulgada sólo la usará Planned Administrators, Inc. para determinar la elegibilidad para el seguro y los beneficios que se reclamen bajo esta póliza. Doy mi permiso para que esta información se divulgue a las compañías relacionadas al seguro, al Buró de Información Médica y a las personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales relacionados a mi reclamo y a quienes lo requieran las leyes. Esta información no será divulgada, vendida, transferida ni comunicada sin mi consentimiento a personas que no se hayan especificado en este formulario. Entiendo que esta autorización se puede revocar enviando una nota por escrito a Planned Administrators, Inc., pero esta revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. Si no se revoca, esta autorización será válida mientras el reclamo esté en proceso pero no excederá un período de dos años a partir de la fecha que aparece abajo. Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización. Estoy de acuerdo en que una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

**Toda persona que deliberadamente y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las compañías de seguros 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.**

Fecha:	Firma:	Relación con el asegurado si firma alguien que no es el asegurado:
--------	--------	--

**¿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 presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente presente 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 encarcelamiento, 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 lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente 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 presente un reclamo falso o **fraudulento** para que le paguen una pérdida quedará sujeto a penalidades civiles y criminales. Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento, multas, negaciones de **seguro** y daños civiles.

**California:** Para protegerle a usted, las leyes de California requieren que lo siguiente aparezca en este formulario. Toda persona que deliberadamente presente 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 encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Las compañías de seguros y los agentes de compañías de seguros que den información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a los asegurados o a quienes presentan reclamos con el propósito de cometer fraude o de intentar defraudarlos en relación con el pago de una conciliación o de una recompensa otorgada por la aseguradora, se deben reportar a la "Division of Insurance" del departamento "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 las aseguradoras, presente 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 cometer fraude contra la aseguradora o contra cualquier otra persona. Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, las aseguradoras podrían negarle los beneficios del seguro, si el solicitante da información falsa relacionada al reclamo.

**Florida:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las aseguradoras, presente declaración de reclamo que tenga 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, presente una declaración por escrito como parte de una solicitud de seguro, una calificación de una póliza de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude contra una aseguradora.

**Kentucky:** Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, presente un reclamo con información falsa o, 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 encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

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

**New Hampshire:** Toda persona que, con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las compañías de seguros, presente una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a cargos y castigos por cometer fraude contra una aseguradora, según se indica en la sección RSA 638:20.

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

**New Mexico:** Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente presente 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, deliberadamente, con la intención de cometer fraude o de contribuir a defraudar a una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo con información falsa o engañosa será culpable de fraude contra la aseguradora.

**Pennsylvania:** 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 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 rebasar 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 encarcelamiento podría subir a un máximo de cinco (5) años; y si hay circunstancias mitigantes, el encarcelamiento 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 encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

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

**¿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.