



INSTRUCCIONES

Después de que un empleado asegurado, un miembro del plan o un dependiente asegurado sufra un Desmembramiento ocasionado por un Accidente, el patrono/administrador debe completar el formulario de reclamación según se indica y enviarlo con todos los anejos necesarios.

Por favor envíe la siguiente documentación:

1. Formulario de Reclamación:

Parte 1: Completada por el Patrono/Administrador

Parte 2: Completada por el asegurado/Reclamante

Parte 3: Completada por el Médico de Cabecera

2. Original, fotocopia o impresión de pantalla del formulario de inscripción, incluyendo cualquier cambio de beneficiario.

3. Si los beneficios se basan en el salario, envíe los récords de nómina que verifiquen las ganancias anuales del empleado al momento de su muerte o accidente.

4. Si el empleado paga alguna parte de la cubierta, envíe evidencia de la deducción de nómina.

5. Para los beneficios por desmembramiento accidental, o muerte proporcione los siguientes documentos, incluidos, entre otros:

a. Informe de la policía completado

b. Recortes de periódico

c. Informe del médico, incluyendo resultados de laboratorio y/o informe de toxicología



Número de Teléfono: (800) 367-6401

Fax: (312) 540-4706

Parte 1: Debe ser completada por el Patrono/Administrador**Declaración del Patrono**Información del Patrono/Plan

Nombre del Grupo _____ Nombre de la Subsidiaria _____

Número del Grupo _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre y Título del Representante Autorizado _____

Número de Teléfono _____ Número de Fax _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Información del Asegurado

Nombre del Empleado/Reclamante _____

Si es Dependiente, Nombre del Dependiente _____ Relación con el Empleado _____

Número de Seguro Social del Empleado _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Contratación _____ Fecha de Entrada en Vigencia de la Póliza _____ Ocupación _____

Salario Anual _____ Fecha del Último Aumento de Salario _____

Cantidad del Seguro:	Vida Básico _____	Beneficios Adicionales _____
	Vida Suplementario _____	_____
	Muerte Accidental _____	_____
	Desmembramiento _____	_____
	(AD&D) _____	_____
	Vida Voluntario _____	_____
	Vida Dependiente _____	_____

Último Día Trabajado _____ Motivo del cese del trabajo _____

Si es incapacitado, proporcione la fecha de incapacidad _____

Si la persona fallecida es un cónyuge o hijo dependiente, complete la siguiente información:

Patrono más reciente del Dependiente _____ Último Día Trabajado _____

Si el dependiente es un hijo, ¿es un estudiante a tiempo completo? ☐ Sí ☐ No Nombre de la Institución _____**Certifico que leí este documento y la información es precisa y completa. Entiendo que cualquier persona que a sabiendas radique una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa podría estar sujeta a penalidades civiles y criminales.**

Firma del Patrono/Representante del Plan Autorizado _____

Nombre en letra de molde _____ Fecha _____



Número de Teléfono: (800) 367-6401

Fax: (312) 540-4706

Parte 2 – Debe ser completada por el asegurado o el Reclamante

Nombre _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Altura _____ Peso _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Relación con la persona fallecida _____

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Yes ☐ No (Si la respuesta "No", se requiere el Formulario W-8BEN del Servicio de Rentas Internas [Internal Revenue Service, IRS])

Fecha del Accidente _____ Fecha se la Pérdida _____

Nombre del Médico de Cabecera _____ Teléfono _____

(Sí son varios médicos, méciónelos todos. Adjunte una hoja por separado de ser necesario).

Dirección del Médico de Cabecera _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre del Hospital en donde recibió tratamiento _____

Sí son varios hospitales, méciónelos todos. Adjunte una hoja por separado de ser necesario

Dirección del Hospital _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Hospital _____

Fecha de Admisión _____ Fecha de Alta _____

Describe la pérdida por la cual se reclaman los beneficios. (Adjunte una hoja por separado de ser necesario).



Número de Teléfono: (800) 367-6401

Fax: (312) 540-4706

Parte 3 - Declaración del Médico

Nombre del Paciente _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Empleado si es distinto al del Paciente _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha del Accidente _____ Fecha de la Primera Consulta _____

¿Se produjo la pérdida únicamente como consecuencia de este accidente? _____

Si la respuesta es "Si", proporcione detalles de las causas que contribuyeron.

Como consecuencia de este accidente, ¿sufrió el paciente la pérdida de alguna de las siguientes partes del cuerpo o sentidos?

Mano ☐ D ☐ Pie D Audición* Vista* ☐ OS (ojo izquierdo) ☐ OD (ojo derecho) ☐ Paralysis ☐ Other

*¿Es la pérdida de la vista o de la audición total e irreversible? ☐ Sí ☐ No

Describa la pérdida como se indicó anteriormente y proporcione cualquier observación adicional:

Referido al Especialista _____

Nombre del Médico _____ Especialidad _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____ Fax _____

Número de Identificación Patronal (EIN)/Número de Seguro (SSN) _____

Firma _____ Fecha _____



Número de Teléfono: (800) 367-6401

Fax: (312) 540-4706

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo (el abajo firmante) autorizo a todo médico, profesional médico, farmacéutico u otro proveedor de servicios de atención médica, hospital, clínica, otro centro médico o institución relacionada con la medicina; oficina del médico forense; compañía de seguros o reaseguros; agencia gubernamental; departamento de trabajo; fuerzas del orden público o departamento de seguridad pública; titular de la póliza de grupo; empleador; o al administrador de la póliza o del plan de beneficios a divulgar información de los registros de la persona mencionada a continuación:

Nombre del reclamante
o asegurado

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Fecha

de nacimiento

Información del reclamante o asegurado que será divulgada:

- Datos o registros relacionados con sus antecedentes médicos, tratamiento, medicamentos con receta, consultas, autopsias (incluidos informes médicos y psicológicos, expedientes, historias clínicas, notas [excepto las notas de psicoterapia], radiografías, películas o correspondencia, y cualquier afección médica).
- Cualquier información relacionada con la cobertura de seguro.
- Informe del accidente o cualquier informe de investigación oficial (como informes de la policía, los bomberos, la FAA, la OSHA o de toxicología).
- La información será divulgada a

Blue Cross and Blue Shield of Illinois

P.O. Box 7070

Downers Grove, IL 60515.

- Entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) (la Compañía) utilizará la información obtenida mediante esta autorización para evaluar mi reclamo de beneficios por fallecimiento. La Compañía solo divulgará dicha información:
 - A su reasegurador o a otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi(s) reclamo(s).
 - Según lo exija la ley o según yo lo autorice posteriormente.

Entiendo, además, que si rehúso firmar esta autorización se me pueden denegar los beneficios.

- Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal.
- Entiendo que puedo revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que suceda o haya sucedido lo siguiente:
 - la Compañía haya tomado medidas basándose en esta autorización;
 - la Compañía esté usando esta autorización por un reclamo disputable.

Si no se recibe la revocación por escrito, esta autorización se considerará válida por un período que no excederá los 24 meses a partir de la fecha de la firma a continuación. Para iniciar la revocación de esta autorización, dirija toda la correspondencia a la Compañía, a la dirección mencionada anteriormente.

- Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

FIRMA

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Reclamante o representante legal (El pariente más cercano, tutor legal o representante designado solo deberá firmar en caso de que el reclamante o asegurado sea menor de edad, sea incapaz o haya fallecido). Se debe incluir el poder notarial o un certificado que acredite la tutela.

Relación con el reclamante o asegurado o con el representante legal o personal que firma en nombre del reclamante o asegurado

Dirección

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

N.º de teléfono



Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:

Alabama: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Hawái: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Maryland: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares (\$5,000), pero de no más de diez mil dólares (\$10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.



Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS (continuado):

Washington: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:

Alaska: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

Arizona: Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Delaware: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Minnesota: Una persona que presente un reclamo con la intención de defraudar o que ayude a cometer fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, NH RSA 638:20.

Nuevo Jersey: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Nuevo Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.