De:_____
Cantidad de páginas: _____
O por correo a:
P.O. Box 100195
Columbia SC 29202-3266

Formulario de reclamo universal

Colonial Life
Beneficios que merecen su confianza

Envíe por fax en esta dirección.

Asegúrese de enviar la siguiente información:

- ✓ **Documentación médica para su enfermedad**
- ✓ **Códigos de diagnóstico (ICD9)**
- ✓ **Autorización firmada y fechada**

ACUERDO DE DIVULGACIÓN DE SERVICIO OPCIONAL: Sírvase **inicialar** a continuación para los servicios opcionales. Cualquier otra marca utilizada (marca de verificación, x, etc.) no se considerará una autorización y se procesará como en blanco.

Autorizo a Colonial Life a facilitar el proceso de este reclamo divulgando sus detalles a la persona que lo solicite en mi nombre. No complete si no desea que otra persona tenga acceso a su información del reclamo.

_____representante de ventas _____administrador del plan _____cónyuge, miembro de la familia o pareja

_____Deseo que Colonial Life me notifique acerca del estado de mi reclamo a través de mensajes electrónicos a mi número de teléfono particular indicado en este formulario. Los mensajes deberán dejarse a cualquier persona que atienda el teléfono, o bien en el contestador. Para evitar llamadas bloqueadas, debo programar el número 1.800.325.4368 en mi teléfono.

_____Sí, deseo que **TODOS** los pagos para este reclamo sean enviados durante la noche. Comprendo que el/los pago(s) inferior(es) a $100 no pueden enviarse durante la noche y que se deducirá de mi(s) pago(s) del reclamo una tarifa de $18, sujeta a los incrementos impuestos por la aseguradora y que **no incluye entregas durante el fin de semana**. **No podemos enviar correos durante la noche a una casilla de correos, y usted debe notificarnos por escrito para discontinuar este servicio.**

***EVALUACIÓN DE SALUD Y BIENESTAR**

Si desea presentar un **reclamo para evaluación de bienestar o cáncer por una prueba realizada en los últimos 12 meses**, deberá enviar el tipo de prueba realizada y la fecha, así como el nombre y el número de teléfono de su médico. También necesitamos saber si esto es para usted o para otra persona cubierta, y su nombre y número de seguro social. Si presenta su reclamo por teléfono o Internet, guarde una copia de la información médica o su factura en caso de que se necesite para una verificación futura.

Usted puede:

•**¡RECLAMAR POR TELÉFONO!** Llame al **1.800.325.4368** y proporcione la información solicitada por nuestro sistema de contestador de voz automático, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, **o**

• **HACERLO POR INTERNET** mediante el formulario de reclamo de bienestar en **coloniallife.com**, o

• Escribir su nombre, domicilio, número de seguro social o número de póliza o certificado en su factura e indicar "**Prueba de bienestar**".

ENVÍE POR FAX este documento al **1.800.880.9325** ***o*** **POR CORREO** a P.O. Box 100195, Columbia SC 29202.

Si su prueba de evaluación de bienestar o cáncer se realizó hace más de un año, debe enviarnos por fax o correo una copia de la factura o la declaración de su médico donde se indica el tipo de procedimiento realizado, el cargo incurrido y la fecha del servicio. Escriba su nombre completo, número de seguro social y domicilio actual en la factura.

Tenga en cuenta: Si su póliza de cáncer incluye una segunda parte para el beneficio de evaluación, debe enviarnos por correo o por fax las facturas por las pruebas cubiertas y una copia del informe de diagnóstico (donde conste la lectura anormal de su primera prueba) para que podamos brindarle los beneficios.

***CÁNCER**

Complete las secciones que se apliquen a su cobertura.

• Para ***cáncer interno***: **Adjunte** una copia del **informe patológico** de su diagnóstico *inicial*.

• Adjunte copias de las declaraciones detalladas para todos los gastos médicos incurridos en relación con el diagnóstico y el tratamiento del tumor maligno. Escriba con claridad su nombre y número de seguro social en cada factura.

• Para ***cáncer de piel***: Adjunte una copia de su informe patológico para *cada fecha de servicio* en la que se retiró una lesión o se realizó una biopsia. Además, incluya una copia de las facturas detalladas donde figuran los códigos del procedimiento quirúrgico y los cargos de cada lesión retirada. Esta información debería incluir los nombres completos de todos los médicos, sus direcciones postales y números de teléfono.

• ***Transporte y alojamiento***: Revise su póliza a fin de determinar los gastos que se encuentran cubiertos. Envíenos una declaración con el detalle de sus gastos por transporte y alojamiento. Esta información debe incluir la tarifa por milla, a dónde viajó y desde qué lugar, las facturas por alojamiento y la verificación médica del tratamiento por esta vez.

***INCAPACIDAD**

• ***Si su reclamo es por incapacidad, solicite a su empleador y médico que brinden toda la información correspondiente en virtud de las SECCIONES 4 y 5.***

Declaraciones por fraude de reclamo

A fin de protegerlo, las leyes de diversos estados, incluidos Alaska, Arkansas, Delaware, Idaho, Indiana, Louisiana, Minnesota, New Hampshire, Ohio, Oklahoma y otros, exigen la publicación de la siguiente declaración en el presente formulario de reclamo.
Advertencia por fraude: Toda persona que presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros está cometiendo fraude en materia de seguros, lo cual constituye un delito grave.

Residentes de Arizona: A fin de protegerlo, la ley de Arizona exige la publicación de la siguiente declaración en el presente formulario: Toda persona que a sabiendas presente un reclamo fraudulento o falso para obtener el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de California, Rhode Island, Texas y West Virginia: A fin de protegerlo, las leyes de California, Rhode Island, Texas y West Virginia exigen la publicación de la siguiente declaración en el presente formulario: Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está cometiendo un hecho delictivo y podrá estar sujeta al pago de multas y a reclusión en una prisión estatal.

Residentes de Colorado: Es ilegal brindar información o datos falsos, incompletos o engañosos a sabiendas a una compañía de seguros con la intención de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de cobertura y daños y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que brinde información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un reclamante, a sabiendas, con la intención de estafarlo o intentar estafarlo con relación a un acuerdo o laudo que deba pagarse con los fondos provenientes del seguro deberá ser denunciado a la División de Seguros de Colorado (Colorado Division of Insurance) del Departamento de Agencias Reguladoras (Department of Regulatory Agencies).

Residentes del Distrito de Columbia y Maryland: ADVERTENCIA: Se considera un delito brindar información falsa o engañosa a un asegurador con la intención de estafar al asegurador o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, un asegurador puede negar los beneficios del seguro si el solicitante brindó información falsa relacionada sustancialmente con un reclamo.

Residentes de Florida: Toda persona que presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a un asegurador está cometiendo un delito grave de tercer grado.

Kentucky: A fin de protegerlo, la ley de Kentucky exige la publicación de la siguiente declaración en el presente formulario: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicho reclamo está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.

Residentes de Maine, Tennessee, Virginia y Washington: Se considera un delito brindar información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas a una compañía de seguros con la intención de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro.

New Jersey y New Mexico: Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de New York: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha solicitud o reclamo está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y también puede dar lugar a una sanción civil que no podrá exceder los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada violación.

Residentes de Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha solicitud o reclamo está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y puede resultar en sanciones civiles y penales.

Residentes de Oregon :Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar o que tenga conocimiento de que está facilitando un fraude contra un asegurador, envía una solicitud o presenta un reclamo que contiene información falsa o engañosa en function de la cual actúa el asegurador y es esencial para el contenido de la política y el riesgo asumido por el asegurador puede ser enjuiciada por fraude en materia de seguros No hay límite de tiempo para actuar en el caso de fraude de parte del asegurado.

Residentes de Puerto Rico: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, brinde información falsa en una solicitud de seguro, o presente un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o ayude en dicha presentación o la cause, o presente más de un reclamo para el mismo daño o la misma pérdida, estará cometiendo un delito grave y, en el momento de recibir la condena, será sancionada por cada violación con una multa que no podrá ser inferior a los cinco mil (5,000) dólares ni superior a los diez mil (10,000) dólares, o con una pena de prisión establecida de tres (3) años, o ambas sanciones. En caso de existir circunstancias agravantes, la sanción establecida de dicha forma podrá ser incrementada hasta un máximo de cinco (5) años y, en el supuesto de existir circunstancias atenuantes, podrá reducirse hasta un mínimo de dos (2) años.

Por fax a: Reclamos 1.800.880.9325
Número de teléfono: 1.800.325.4368

CERTIFICACIÓN

Nombre del dueño de la póliza _____Nro. de seguro social _____

He revisado las respuestas de este formulario de reclamo y son correctas. Certifico, bajo pena de perjurio, que el número de seguro social que figura en este formulario es el correcto. Acuso recibo de las Declaraciones por fraude de reclamo de la página 2 del presente formulario y reconozco haber leído la declaración exigida por el Departamento de Seguros del Estado para mi estado, en caso de que mi estado figure en el formulario. **Advertencia por fraude: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicho reclamo está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.**

También recuerde firmar y fechar la autorización adjunta necesaria para procesar su reclamo.

X_____ X_____ X_____

Firma del reclamante Firma del dueño de la póliza Fecha (MM/DD/AAAA)

☐ **Accidente** ☐ **Incapacidad** ☐ **Cáncer** ☐ **Embarazo de rutina** ☐ **Bienestar** ☐ **Hospitalización**

****Marque a continuación el tipo de reclamo que está presentando:**

Si cambió su nombre, adjunte una copia de la documentación legal (por ejemplo, certificado de matrimonio o licencia de conducir).

Sección 1	**Para ser completado por el dueño de la póliza**	
Nombre del reclamante __Masculino __Femenino	Fecha de nacimiento	Número de seguro social del reclamante
Relación con el dueño de la póliza: ____cónyuge ____dependiente ___él mismo ____pareja de hecho		
Dueño de la póliza (primer nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección postal (calle o casilla de correo)		(Departamento/unidad/número de lote)
(Ciudad) (Estado) (Código postal)		Número de teléfono particular ( )
Dirección de correo electrónico del dueño de la póliza		Número de teléfono laboral ( )
Nombre del médico tratante	Número de teléfono	Número de fax
Dirección (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)		
Nombre del médico primario	Número de teléfono	Número de fax
Dirección (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)		
Nombre del médico u hospital que deriva al paciente	Número de teléfono	Número de fax
Dirección (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)		
Nombre del médico u hospital que deriva al paciente	Número de teléfono	Número de fax

Sección 2 **PARA SER COMPLETADO POR EL DUEÑO DE LA PÓLIZA**

LESIÓN ACCIDENTAL: sírvase **completar** y **adjuntar copias detalladas** de todas las **facturas** relacionadas, incluso del **médico, la ambulancia, la sala de emergencia, el hospital y/o la unidad de rehabilitación**. Las facturas deben incluir información del **diagnóstico** brindada por su proveedor médico.

Fecha en que ocurrió el accidente (no cuándo fue tratado) _____ (MM/DD/AAAA)	¿Ha sido tratado por la misma enfermedad o una similar antes de ésta? ___Sí ___No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _ (MM/DD/AAAA)
Marque uno: _____En el trabajo _____Fuera del trabajo	
Descripción del accidente (si fue un accidente automovilístico, adjunte una copia del informe de tránsito)	

Por fax a: Reclamos 1.800.880.9325
Número de teléfono: 1.800.325.4368

Nombre del reclamante	Número de seguro social

Sección 3 Beneficios por hospitalización o internación en la unidad de cuido intensivo de un hospital

Consulte su certificado para conocer los requisitos necesarios para la prueba de pérdida. Solicítele a su proveedor médico que complete la siguiente sección. **Incluya una copia de la(s) factura(s) del hospital donde consten las fechas de admisión y de alta, los cargos diarios de habitación y los gastos médicos incurridos. Envíe una copia de la factura de anestesiología si se realizó una cirugía ambulatoria.**

Nombre del hospital	Número de teléfono: ( )

Domicilio del hospital: (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Nombre del médico a cargo de la admisión:	Número de teléfono: ( )

Domicilio del médico a cargo de la admisión: (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Fechas de hospitalización: Desde _____ Hasta _____
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Fechas de internación en la unidad de cuido intensivo: Desde _____ Hasta _____
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Unidad de rehabilitación: Desde _____ Hasta _____
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Cirugía/Paciente hospitalizado: Desde _____ Hasta _____
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Descripción del procedimiento/Código del procedimiento:

Cirugía/Paciente ambulatorio: Desde _____ Hasta _____
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Descripción del procedimiento/Código del procedimiento:

Diagnóstico de admisión/Código ICD-9: _____	Diagnóstico secundario/Código ICD-9:

Fecha(s) de la(s) visita(s) al consultorio del médico después de la cirugía ambulatoria:
_____ _____ _____
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Si la hospitalización es por embarazo o complicaciones del embarazo, mencione la fecha en que se diagnosticó el embarazo.
_____
(MM/DD/AAAA)

Fecha del parto: _____ Tipo de parto: ____Vaginal ____Cesárea Código de procedimiento para el parto_____
(MM/DD/AAAA)

Nombre del médico que deriva al paciente:	Número de teléfono: ( )

Domicilio del médico que deriva al paciente: (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)
_____

AVISO POR FRAUDE: Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye las partes relativas al médico tratante del formulario de reclamo.

Firma del médico (que completó este formulario): Fecha:_____
(MM/DD/AAAA)

Nro. de identificación de impuestos o de seguro social: Nros. de teléfono ( ) Nro. de fax: ( )

Nombre del reclamante	Número de seguro social

SECCIÓN 4 PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO
(Complete esta sección para todos los reclamos)

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
¿Cuál es la condición principal del paciente que le impide trabajar?	
Síntomas:	Hallazgos objetivos
Fecha en que fue tratado por primera vez por esta condición _____ (MM/DD/AAAA)	Si es por embarazo, ¿cuál es la fecha estimada de la concepción? _____ (MM/DD/AAAA)
¿Esta condición se debe a un accidente? ____Sí ____No Si la respuesta es sí, fecha y descripción del accidente.	
¿Existe alguna condición secundaria que impide que el paciente trabaje? ___Sí ___No	Si la respuesta es sí, ¿cuáles son estas condiciones secundarias?

¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas? _____ (MM/DD/AAAA)	Fecha de la nueva consulta del paciente _____ (MM/DD/AAAA)	Fecha de la última visita del paciente _____ (MM/DD/AAAA)

Enumere las pruebas realizadas y presente una copia de los resultados.	Enumere las cirugías realizadas con la fecha y el código de procedimiento (Terminología Actual de Procedimiento, CPT). (Adjunte una copia del informe operativo).
Restricciones (lo que el paciente NO DEBE HACER)	
Limitaciones (lo que el paciente NO PUEDE HACER)	
¿Para cuándo espera una mejora significativa en la condición médica del paciente? _____1 a 2 meses _____3 a 4 meses _____5 a 6 meses _____más de 6 meses	Regreso estimado al trabajo_____ (MM/DD/AAAA)

Fechas en que no está capacitado para trabajar (tiempo completo): Desde:_____ (MM/DD/AAAA) Hasta:_____ (MM/DD/AAAA)	Fechas en que no está capacitado para trabajar (tiempo parcial): Desde:_____ (MM/DD/AAAA) Hasta:_____ (MM/DD/AAAA)	Fecha de alta real para regresar al trabajo _____ (MM/DD/AAAA)

¿Tiene este paciente restricciones o limitaciones permanentes? ___Sí ___No	Si no está empleado, indique las fechas de la internación domiciliaria: Desde_____Hasta (MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)	**Internación domiciliaria significa que debe permanecer en el hogar debido a su condición. "En el hogar" significa en su casa o su terreno. No obstante, seguirá las órdenes de su médico, incluso si significa salir del hogar.**

Marque las actividades de la vida diaria que el paciente no puede realizar:
__vestirse __comer ___preparar comidas __ir al baño __contener la orina __bañarse __trasladarse

Fechas de visitas al consultorio (últimos 3 meses)	¿Con qué frecuencia ve al paciente?
¿Ha derivado al paciente para otros tipos de consultas? _____Sí _____No	Nombre y domicilio del especialista
Fechas de hospitalización (últimos 3 meses)	Nombre y domicilio del hospital

AVISO POR FRAUDE: Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye las partes relativas al médico tratante del formulario de reclamo.

Firma del médico	Fecha_____ (MM/DD/AAAA)	Especialidad del médico
Número de teléfono ( )	Número de fax ( )	Nro. de identificación de impuestos o de seguro social
Nombre del médico o grupo		Número de cuenta del paciente
Dirección postal		¿Acepta la solicitud de informes médicos por fax? ____Sí ____No
¿El paciente fue derivado a usted por otro médico? _____Sí _____No		¿Tiene autorización archivada para divulgar información a Colonial Life? ____Sí ____No
Brinde la siguiente información para el médico que deriva al paciente: Nombre:		Número de teléfono ( )
Dirección postal		Número de fax ( )

Nombre del reclamante	Número de seguro social

SECCIÓN 5 **PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR**
(Esta sección es para los reclamos por incapacidad únicamente)

Nombre del empleado _____

Fecha de contratación_____

Cantidad promedio de horas programadas por semana _____

Último día de trabajo_____
(MM/DD/AAAA)

Fechas en que el empleado no está capacitado para trabajar (tiempo completo)

Desde_____A. M./P. M. Hasta_____A. M./P. M.
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Fecha de finalización de la licencia por enfermedad _____
(MM/DD/AAAA)

Fechas aprobadas en virtud de la ley de ausencia familiar y médica (FMLA) (si es elegible)
Desde_____Hasta_____
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Fecha de finalización del empleo_____
(MM/DD/AAAA)

¿Se encontraba el empleado en su trabajo cuando se produjo el accidente o la enfermedad? ___Sí ___No

¿Se presentó un reclamo por indemnización de tipo laboral?___Sí ___No

Nombre y número de teléfono de la aseguradora encargada de la indemnización de tipo laboral:

Para empleados por hora:

Honorarios por hora_____Horas trabajadas por semana _____

Para empleados que reciben un sueldo mensual:

Sueldo anual_____

Si el sueldo incluye comisiones, adjunte un desglose de las comisiones por los doce meses anteriores al último día de trabajo.

Fecha de regreso al trabajo: Tiempo completo_____Tiempo parcial_____/Horas por semana_____
(MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)

Regreso estimado al trabajo _____
(MM/DD/AAAA)

Cargo del empleado:

Las tareas del empleado incluyen:

Levantar peso	☐	Menos de 15 libras	☐	Entre 15 y 44 libras	☐	Más de 45 libras
Agacharse o inclinarse	☐	Ninguna	☐	Rara vez	☐	Con frecuencia
Arrastrarse o arrodillarse	☐	Ninguna	☐	Rara vez	☐	Con frecuencia
Estirarse, tirar o empujar	☐	Ninguna	☐	Rara vez	☐	Con frecuencia
Movimiento repetitivo	☐	Ninguno	☐	Rara vez	☐	Con frecuencia
Tareas administrativas	☐	Ninguna	☐	Rara vez	☐	Con frecuencia

Permanecer sentado (cantidad de horas por día):_____Permanecer parado (cantidad de horas por día):_____

Caminar (cantidad de horas por día): Subir escaleras (cantidad de horas por día):

¿Con quién debemos comunicarnos para conseguir información actualizada sobre el estado de regreso al trabajo?
Nombre/teléfono/dirección de correo electrónico

AVISO POR FRAUDE: Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye las partes relativas al empleador y al médico tratante del formulario de reclamo.

Firmado por _____ Cargo_____

Nombre en letra de imprenta _____Fecha_____
(MM/DD/AAAA)

Número de teléfono ( ) _____ Número de fax ( )_____

Dirección de correo electrónico_____

Por fax a: Reclamos 1.800.880.9325
Número de teléfono: 1.800.325.4368

Autorización para Colonial Life & Accident Insurance Company

Con el fin de evaluar mi elegibilidad para solicitar seguro y beneficios según una póliza o un certificado existentes, incluso la revisión y resolución de cualquier cuestión que pueda surgir acerca de información incompleta o incorrecta en mis formularios de solicitud o reclamo, por el presente, autorizo a Colonial Life & Accident Insurance Company (Colonial Life) y a sus representantes debidamente autorizados a divulgar la siguiente información sobre mí y, si corresponde, mis dependientes, proveniente de las fuentes enumeradas a continuación.

La información de salud puede ser divulgada por cualquier institución o profesional de la salud, plan de salud o centro de cuidados médicos que tenga registros o conocimiento sobre mí, incluso la base de datos de medicamentos recetados o el gerente de beneficios de farmacia, o servicios de ambulancia u otro servicio de transporte médico. La información de salud también puede ser divulgada por una compañía de seguros, las agencias Medicare o Medicaid o la Oficina de Información Médica (MIB). La información de salud incluye mi registro médico completo y los antecedentes de reclamos de seguro, pero no incluye las notas de psicoterapia.

La información no médica, incluso los antecedentes de ingresos o empleo u otros factores que Colonial Life considere apropiados para evaluar mis formularios de solicitud o reclamo, puede ser divulgada por cualquier entidad, persona u organización que cuente con dichos registros acerca de mi persona, incluidos, entre otros, mi empleador, el representante de mi empleador y las fuentes de compensación, la compañía de seguros, la institución financiera o las entidades gubernamentales, incluso los departamentos de seguridad pública y de vehículos motorizados.

Cualquier información que Colonial Life obtenga de conformidad con esta autorización se utilizará con el fin de evaluar y administrar mi reclamo por beneficios. Tal vez cierta parte de la información obtenida carezca de la protección de determinadas reglamentaciones federales que rigen la privacidad de la información de salud, pero se encuentra protegida por las leyes de privacidad estatales y otras leyes aplicables. Colonial Life no divulgará la información a menos que dichas leyes lo permitan o lo exijan.

Esta autorización es válida por dos (2) años a partir de la fecha de su firma o por el tiempo que dure mi reclamo, lo que suceda primero, y una copia es tan válida como el original. Tengo conocimiento de que tanto yo como mi representante autorizado podemos solicitar una copia de la presente autorización y tener acceso a esta información. Esta autorización puede ser revocada por mi persona o bien por mi representante autorizado en cualquier momento, a menos que Colonial Life haya actuado en función de la autorización antes de la notificación de la revocación o tenga derecho legal a oponerse a la cobertura según el contrato o al contrato mismo. Si se revoca, Colonial Life no podrá evaluar mi reclamo ni mi elegibilidad para los beneficios. Podré revocar esta autorización mediante el envío de una notificación escrita a: Colonial Life & Accident Insurance Company, Claims Department, P. O Box 100195, Columbia, SC 29202-3195.

Usted puede rehusarse a firmar este formulario; no obstante, Colonial Life no podrá evaluar ni administrar su reclamo. Yo soy la persona a quien se aplica esta autorización o el tutor legal, el designado con poder legal, el curador, el beneficiario o el representante personal de dicha persona.

X_____ XXX-XX-_____ _____
(Firma) (Últimos 4 dígitos del número de seguro social) (Fecha de nacimiento)

_____ _____
(Nombre en letra de imprenta de la persona sujeta a esta divulgación) (Fecha en que se firmó)

Si corresponde, firmé en nombre del asegurado como _____(indique la relación).
Si es el tutor legal, el designado con poder legal, el curador, el beneficiario o el representante personal.

_____ _____ _____
(Nombre en letra de imprenta del representante legal) (Firma del representante legal) (Fecha en que se firmó)

Los productos Colonial Life están suscritos por Colonial Life & Accident Insurance Company, para la cual Colonial Life es la marca de comercialización.