




Reclamo del Examen de Bienestar

 Enviar por fax en esta dirección	Envié este formulario por fax al 1-800-880-9325 O por correo: P.O. Box 100195, Columbia, SC 29202	De parte de:	
		Numero de páginas:	

Inicia su reclamo en línea

- ▶ Simplemente accede a su cuenta en Coloniallife.com y haga clic en "File an Online Claim"
- ▶ Como comodidad añadida, cuando inicia el reclamo en línea puede seleccionar depósito directo
- ▶ ¿No eres miembro? Haga clic en "Register" en Coloniallife.com para convertirse en miembro y sigue las instrucciones para establecer la cuenta

Acuerdo de Permiso de Servicio Opcional

Por favor indique enseguida que servicios desea. Cualquier marca utilizada (marca de verificación, X, iniciales, etc.) será considerada como su autorización y será procesada si se seleccionan.

Autorizo a Colonial Life para facilitar el procesamiento de esta reclamación al liberar sus datos al siguiente individuo en mi nombre:
Ojo: Deje en blanco si no desea que nadie acceda a su información de reclamación.

_____ Agente Comercial _____ Empleador _____ Cónyuge, miembro de familia, pareja Nombre: _____

_____ Quiero que Colonial Life me actualice en el estado de mi reclamación a través de mensajería electrónica al número indicado en este formulario. Entiendo que el mensaje será dejado con cualquier persona que contesta el teléfono o mi contestador automático. Ojo: Para evitar llamada bloqueadas debe programar el numero 1-800-325-4368 en sur teléfono

Completa cada sección antes de enviar su reclamo. Presentación de un formulario incompleto puede resultar en un retaso en el procesamiento de su reclamación

- Si su nombre ha cambiado, adjunte una copia de los documentaos legales
- La Fechas deben de escribirse en el formato mes/día/ año (ej. 12/14/1980)
- Numero de seguro social es indicado como SSN
- Los benéficos son pagables a usted a menos que recibimos una autorización escrita avisando para pagar en otro lugar
- Si esta reclamación es para una persona cubierta por Medicaid, la mayoría de los beneficios que no sean de discapacidad se asignan automáticamente según lo establecido en las reglamentaciones estatales

Sección 1 – Declaración del Reclamante (completado por el propietario)

Nombre del reclamante:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	SSN:
Relación con el propietario de la póliza: <input type="checkbox"/> Individuo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero Domestico <input type="checkbox"/> Dependiente			
Información del Propietario (si alguien diferente del propietario)	Nombre:	DOB: ____/____/____	SSN:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo electrónico:	Número telefónico:		
Doctor/Institución de Tratamiento:			Número telefónico:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Advertencia por Fraude en Reclamaciones

A fin de protegerlo, las leyes de diversos estados, incluidos Alaska, Arkansas, Delaware, Idaho, Indiana, Louisiana, Minnesota, New Hampshire, Ohio, Oklahoma, y otros, exigen que se publique la siguiente declaración en este formulario de reclamación:

Advertencia por Fraude: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer fraude en materia de seguros, lo cual constituye un delito grave.

Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago por una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas compensatorias y encarcelamiento en una prisión, o cualquier combinación éstas.

Arizona: A fin de protegerlo, la ley de Arizona exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

California, Rhode Island, Texas y West Virginia: A fin de protegerlo, las leyes del Distrito de California, Rhode Island, Texas y West Virginia exigen que se publique lo siguiente en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y podrá estar sujeta al pago de multas y a encarcelamiento en una prisión estatal.

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 prisión, multas, denegación de cobertura y daños y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros o todo 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).

Distrito de Columbia: Brindar información falsa o engañosa a una compañía aseguradora con la intención de estafarla o estafar a cualquier otra persona se considera un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, la aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante presentó información falsa sustancialmente relacionada con una reclamación.

Florida: Toda persona que presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora es culpable de un delito grave de tercer grado.

Kentucky: A fin de protegerlo, la ley de Kentucky exige que se publique lo siguiente en este 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 reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha reclamación está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington: Proveerle información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas a una compañía de seguros con la intención de estafarla constituye un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que a sabiendas e intencionalmente presente una reclamación fraudulenta o falsa para obtener el pago por una pérdida o de un beneficio, o que a sabiendas e intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro comete un hecho delictivo y podrá dar lugar al pago de multas y a encarcelamiento.

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

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 reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha solicitud o reclamación comete un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y dará lugar a una sanción civil que no podrá exceder los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada violación.

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 reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha solicitud o reclamación incurre en el delito de un acto fraudulento en materia de seguros, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, provea información falsa en una solicitud de seguro, o presente una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o ayude en dicha presentación o la cause, o presente más de una reclamación por el mismo daño o la misma pérdida, cometerá un delito grave y, en el momento de recibir la condena, será sancionado 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 fija 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.

Autorización para Colonial Life & Accident Insurance Company

Firme y devuelva esta autorización al Departamento de reclamaciones a la dirección indicada anteriormente. Esta autorización está diseñada para cumplir con la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Por medio de la presente, autorizo la divulgación de la siguiente información sobre mí y, en su caso, mis dependientes, de las fuentes que se detallan a continuación a Colonial Life & Accident Insurance Company y sus representantes debidamente autorizados (Colonial Life).

La información médica puede ser divulgada por cualquier proveedor o institución médica o médicamente relacionada, profesionales de rehabilitación, evaluadores vocacionales, plan de salud o cámara de compensación de salud que tenga registros o conocimiento sobre mí, incluyendo bases de datos de medicamentos recetados o el administrador de beneficios Farmacéuticos, ambulancia u otro servicio de transporte médico, cualquier compañía de seguros, Medicare o agencias de Medicaid o la Oficina de Información Médica (MIB). La información no relacionada con la salud puede ser divulgada por cualquier entidad, persona u organización que tenga registros sobre mí, incluido, pero no limitado a mi empleador, representante del empleador y fuentes de compensación, compañía de seguros, institución financiera, agencias de informes crediticios, incluyendo oficinas de crédito, organismos de licencias profesionales, abogados o entidades gubernamentales.

La información de salud incluye mi historial médico completo, el historial de medicamentos recetados y el historial de reclamos de seguro, incluidos VIH, SIDA u otros trastornos del sistema inmunitario, uso de drogas o alcohol, historial mental o físico, afección, consejo o tratamiento, sin incluir notas de psicoterapia. Información no relacionada con la salud, incluyendo ingresos, historial financiero o crediticio, licencias profesionales, historial de empleo o cualquier otro hecho que Colonial Life considere necesario para evaluar mi solicitud o los formularios de reclamo.

Cualquier información que Colonial Life obtenga conforme a esta autorización se utilizará con el fin de evaluar y administrar mi reclamo de beneficios, o para evaluar mi elegibilidad para el seguro, incluida la verificación y resolución de cualquier problema que pueda surgir con respecto a información incompleta o incorrecta en la solicitud o en los formularios de reclamo. Alguna de la información una vez obtenida puede no estar protegida por ciertas reglamentaciones federales que rigen la privacidad de la información de salud, pero la información es protegida por las leyes estatales de privacidad y otras leyes aplicables. Colonial Life no volverá a divulgar la información a menos que lo permitan o exijan esas leyes o que yo autorice.

También autorizo a Colonial Life a divulgar mi información a las siguientes personas (con el propósito de informar el estado del reclamo, o experiencia, o para que el beneficiario pueda llevar a cabo operaciones de atención médica, pago de reclamos, funciones administrativas o de auditoría relacionadas con cualquier beneficio, plan o Reclamación): cualquier plan de beneficios para empleados patrocinado por mí empleador; cualquier persona que brinde servicios o beneficios de seguro a (o en nombre de) mí empleador, cualquier plan o reclamo, o cualquier beneficio ofrecido por Colonial Life; o, la Administración de la Seguridad Social. Colonial Life no condicionará el pago de los beneficios del seguro basado en si autorizo a Colonial Life a volver a divulgar la información. Para los efectos de estas divulgaciones por parte de Colonial Life, esta autorización es válida por un año o por el período de tiempo permitido por la ley.

Esta autorización es válida por dos (2) años desde su ejecución o la duración de mi reclamo (para incluir cualquier revisión financiera posterior de gestión y / o recuperación de beneficios), lo que ocurra primero y una copia sea tan válida como el original. Sé que yo o mi representante autorizado, podemos solicitar una copia de esta autorización. Esta autorización puede ser revocada por mí o mi representante autorizado en cualquier momento, excepto en la medida en que Colonial Life haya confiado en la autorización antes del aviso de revocación o tenga el derecho legal de impugnar la cobertura bajo el contrato o el contrato mismo. Si no firmo esta autorización o si la cambio o la revoco, salvo lo especificado anteriormente, es posible que Colonial Life no pueda evaluar mi reclamo o elegibilidad para el seguro. Puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito al Departamento de Reclamaciones a la dirección indicada anteriormente.

Firma

fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre impreso del individuo sujeto a esta autorización

XXX-XX-

Cuatro últimos dígitos del SSN

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Si corresponde, he firmado en nombre del asegurado como _____ (Escriba aquí su relación). Si es tutor legal, apoderado, conservador, beneficiario o representante personal, adjunte una copia del documento que otorga la autoridad.

Nombre impreso del representante legal

Firma del representante legal

fecha (MM/DD/AAAA)