



Formulario de reclamación de beneficios de bienestar con el seguro de accidentes

Enviar a Guardian Life Insurance, Accident Claims, PO Box 14315, Lexington KY 40512

Servicio al Cliente: 1-800-541-7846 Fax:(920) 749-6299

Los documentos se pueden enviar electrónicamente en www.GuardianAnytime.com. Haga clic en "Secure Channel" (Canal seguro) en la página de inicio de Guardian Anytime.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/MIEMBRO			
1. Nombre del empleado/miembro:			2. Número de plan:
3. Fecha de nacimiento:	4. N.º de Seguro Social:	5. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	6. Estado civil:
7. Dirección del empleado/miembro:		8. Dirección de correo electrónico del empleado/miembro (opcional):	9. Número de teléfono de preferencia:

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE			Complete esta sección si la reclamación es para un dependiente. De lo contrario, continúe con la sección de información de la reclamación.
10. Nombre del dependiente:		11. Número de teléfono de preferencia del dependiente:	12. Fecha de nacimiento del dependiente:
13. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	14. Relación con el empleado/miembro:	15. Número de Seguro Social del dependiente:	

Nombre/dirección del médico: _____ Fecha del servicio: _____

[illegible]

EXÁMENES DE DETECCIÓN DE BIENESTAR

<input type="checkbox"/> Ecografía de aneurisma aórtico abdominal <input type="checkbox"/> Análisis de sangre para triglicéridos <input type="checkbox"/> Prueba de médula ósea <input type="checkbox"/> Examen de detección de densidad ósea <input type="checkbox"/> Ultrasonido de mama <input type="checkbox"/> CA 15-3 (análisis de sangre para cáncer de mama) <input type="checkbox"/> CA 125 (análisis de sangre para cáncer de ovario) <input type="checkbox"/> Ultrasonido carotídeo <input type="checkbox"/> CEA (análisis de sangre para cáncer de colon) <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax <input type="checkbox"/> Colonoscopia <input type="checkbox"/> Finalización de un programa para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Finalización de un programa para bajar de peso <input type="checkbox"/> Enema de bario de doble contraste <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (EKG)	<input type="checkbox"/> Prueba de glucosa en sangre en ayunas <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia flexible <input type="checkbox"/> Análisis hemocultivo de heces <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou <input type="checkbox"/> PSA (análisis de sangre para el cáncer de próstata) <input type="checkbox"/> Exámenes físicos de rutina/anuales <input type="checkbox"/> Prueba de colesterol en suero para determinar el nivel de lipoproteína de alta densidad (HDL) y de baja densidad (LDL) <input type="checkbox"/> Electroforesis de proteínas séricas (análisis de sangre para mieloma) <input type="checkbox"/> Biopsia de cáncer de piel <input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo en bicicleta o cinta de correr <input type="checkbox"/> Termografía <input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou ThinPrep <input type="checkbox"/> Colonoscopia virtual
---	---

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica, otro centro de salud, agencia de informe de crédito, la Oficina de Información Médica, compañía de seguros o reaseguros, o empleador/organización a divulgar toda mi información médica y no médica que tenga a su disposición a The Guardian Life Insurance Company of America o a sus representantes legales. Se entiende por información médica toda la información que tengan o proporcionen los proveedores de atención médica sobre mis antecedentes médicos, afecciones mentales o físicas o tratamientos. Comprendo que Guardian utilizará la información obtenida mediante esta autorización para determinar la elegibilidad para el seguro o para los beneficios en virtud de un plan existente. Guardian no divulgará ninguna información obtenida a ninguna persona u organización excepto a las compañías de reaseguros, la Oficina de Información Médica, u otras personas u organizaciones que hagan negocios o presten servicios legales relacionados con mi solicitud, reclamación, o según lo exija o permita la ley, o lo autorice yo. Sé que puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Acepto que una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Acepto que esta autorización será válida mientras dure mi reclamación.

"Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con cualquier información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito. En Nueva York, la persona también podrá estar sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada una de las violaciones".

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN, LEA LA ADVERTENCIA PARA EL ESTADO EN EL QUE RESIDE Y PARA EL ESTADO EN EL QUE SE EMITIÓ LA PÓLIZA DE SEGURO POR LA QUE RECLAMA UN BENEFICIO.

Tenga en cuenta: Su número de Seguro Social es necesario para la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). No se utilizará ni divulgará su número de Seguro Social a ninguna persona para ningún otro fin y no se guardará en ningún registro que no esté relacionado con la reclamación.

Firma del empleado/miembro o poder (adjunte la documentación del poder si corresponde) _____ Fecha _____

Si es una reclamación del dependiente, firma del dependiente adulto o poder (adjunte la documentación del poder si corresponde) _____ Fecha _____

Declaraciones de advertencia de fraude

Las leyes de varios estados requieren que aparezcan las siguientes declaraciones en el formulario de reclamación:

Alabama: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o proporcione a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de compensación o reclusión en prisión, o una combinación de ambas.

Arizona: Para protegerlo, la ley de Arizona exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

California: Para protegerlo, la ley de California exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para 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, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o reclamante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera de los fondos del seguro debe ser denunciado ante la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Connecticut, Iowa, Kansas, Nebraska, Oregón y Vermont: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos puede ser culpable de un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito, y también puede estar sujeta a sanciones civiles.

Delaware, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación para obtener un reintegro de una póliza de seguros con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía o a cualquier otra persona. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede rechazar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada considerablemente con una reclamación.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en la modalidad de tercer grado.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dicho documento comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito.

Luisiana y Texas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Nuevo México: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales o al rechazo de los beneficios del seguro.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas o denegación del beneficio del seguro.

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

Minnesota: Una persona que presente una reclamación con la intención de estafar o ayudar a cometer un fraude en contra de una compañía de seguros es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Cualquier persona que, con intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa puede ser demandada y castigada por fraude contra dicha compañía, como se establece en N.H. Rev. Stat. Ann. § 638:20.

Nueva Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación con información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Ohio: Cualquier persona que intente estafar o que estuviera, a sabiendas, facilitando un fraude contra una compañía de seguros, que envíe una solicitud o presente una reclamación con una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Pensilvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito y puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Rhode Island: Cualquier persona que, a sabiendas e intencionadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.