

Instrucciones para la Presentación de Reclamos de Beneficios por Cáncer

Presentación del reclamo por internet. Más rápida, más fácil.

Por medio de su cuenta electrónica o móvil, puede presentar un reclamo, verificar el estado del mismo, solicitar el envío de notificaciones, actualizar su información personal, inscribirse en depósito directo, ver el detalle de la póliza ¡y mucho más!

SB-32082-0219



¡Deténgase! La presentación en papel no es la opción más rápida. Reciba antes su dinero presentando su reclamo por internet o a través de AFmobile.

Instrucciones para presentar el reclamo por correo:

Por favor, complete este paquete para evitar demoras en el procesamiento de su reclamo.

1. **Complete la Declaración del Asegurado.**
2. **Complete la Autorización para Divulgar Información Protegida de la Salud.**
3. **Adjunte la siguiente documentación:**
Facturas detalladas de cada uno de sus prestadores, con un desglose completo de los cargos por cada fecha de servicio.
Si las Instrucciones Especiales (abajo) son aplicables, adjunte copias de la Explicación de Beneficios (EOB, sigla de Si este es el primer reclamo presentado por un nuevo diagnóstico de cáncer, adjunte el informe inicial de patología en el que se diagnosticó el cáncer. Su oncólogo o médico principal encargado del tratamiento puede proporcionarle una copia del informe.
4. **Envíe los formularios completos por correo electrónico o fax a la dirección o número de fax de American Fidelity que figura arriba.**

Instrucciones Especiales para Clientes que viven en los estados de GA, OK, SC o TX o que están asegurados por nuestras pólizas de cáncer C3, C4, C5 o C11 (por favor, lea el ángulo inferior izquierdo de su póliza).

1. Si su póliza de cáncer es una de nuestras pólizas C3, C4 o C5, también debe adjuntar la Explicación de Beneficios (EOB) de su seguro médico principal correspondiente a cada factura detallada.
2. Si vive en los estados de GA, OK, SC o TX y su póliza de cáncer es una de nuestras pólizas C3, C4, C5, C6, C7, C8 o C9, debe adjuntar también la Explicación de Beneficios (EOB) de su seguro médico principal correspondiente a cada factura detallada.
3. Si vive en los estados de GA, OK, SC o TX y está solicitando los beneficios de UCI en algunas de nuestras pólizas, debe adjuntar también la Explicación de Beneficios (EOB) de su seguro médico principal correspondiente a cada factura detallada.
4. Si su póliza de cáncer es una de nuestras pólizas C11 y está solicitando los beneficios de quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia, debe adjuntar también la Explicación de Beneficios (EOB) de su seguro médico principal correspondiente a cada factura detallada.
5. **Transporte y Alojamiento.** Por favor, revise su póliza para determinar qué gastos están cubiertos. Remítanos una declaración detallando sus gastos de transporte y alojamiento. Esta información deberá incluir las millas recorridas, desde dónde y hasta dónde viajó, los recibos de alojamiento y la verificación médica del tratamiento para este período.

Para recibir actualizaciones del estado de sus reclamos, ingrese en americanfidelity.com o regístrese para obtener una cuenta y seleccione sus preferencias de comunicación.

Su dinero en forma directa, su dinero más rápido. Inscríbase en Depósito Directo.

Para establecer un depósito directo con American Fidelity, proporcione toda la información requerida más abajo, junto con el reclamo presentado. También puede inscribirse en depósito directo a través de su cuenta de internet.

Autorizo a American Fidelity Assurance Company (AFA) a realizar acreditaciones en mi cuenta, según se indica. También autorizo a AFA a debitar de mi cuenta los importes que se hayan depositado por error. Esta autorización seguirá vigente hasta que AFA reciba una notificación mía por escrito indicando su extinción, en el tiempo y en la forma que den a AFA y a la entidad depositaria la oportunidad razonable para actuar al respecto. Por favor, notifique a AFA de inmediato si se produce algún cambio en la información de la entidad depositaria. Esta autorización comprende los beneficios pagaderos en virtud de todos los planes de beneficios de AFA.

Firma: _____

Debe proporcionar la siguiente información:

Número de ruta: _____

Número de cuenta: _____



Routing Number Account Number
 N° de ruta N° de cuenta

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Para completar por el Empleado.

Nombre completo: (apellido, primer nombre, inicial del segundo)	Fecha de nacimiento: / /
Número del Seguro Social: / /	Número de cuenta:
Dirección postal (Casilla de correo o calle, ciudad y código postal):	
Dirección postal (Casilla de correo o calle, ciudad y código postal):	Dirección de correo electrónico:
Nombre del Empleador:	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

¿Para quién hace esta solicitud? <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo):	Fecha de nacimiento: / /
<input type="checkbox"/> Beneficios por Cáncer <input type="checkbox"/> Beneficios de Cuidados Intensivos <input type="checkbox"/> Beneficios por Enfermedad Grave <input type="checkbox"/> Beneficios por Ataque Cardíaco / ACVs	
Diagnóstico / Enfermedad:	Fecha de primer tratamiento: / /
Certifico que esta información es verdadera y correcta.	
Firma: _____	Fecha: / /

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN, INCLUSO INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD

El propósito de este formulario es permitir que American Fidelity Assurance Company (AF) obtenga de terceros en poder de información sobre mí, incluida aunque no taxativamente, información de empleo, información financiera e información protegida de salud. Una vez obtenida, AF puede usar dicha información para revisar o procesar beneficios, confirmar datos de la póliza o, de lo contrario, revisar o procesar información vinculada a mi relación de Cliente de ellos.

Por el presente, autorizo a las entidades indicadas abajo a divulgar información sobre mi salud o situación financiera o sobre la salud o situación financiera de mis dependientes [personas a mi cargo], incluidos mi historia clínica completa y el historial de tratamientos de enfermedades físicas y/o emocionales, como así también de mis dependientes, incluyendo pruebas psicológicas, excepto las notas de psicoterapia, entre individuos que representen a AF y que deban determinar si soy elegible para los beneficios incluidos en mi cobertura de seguro. Los autorizados son: a) médicos matriculados o médicos; b) hospitales, clínicas o instituciones relacionadas con la medicina; c) planes de salud; d) Administración de Veteranos; e) empleadores anteriores y actuales; f) farmacias; g) compañías de seguro; h) Administración del Seguro Social; i) sistemas de jubilación; j) Departamento de Vehículos Automotores, k) bancos o instituciones financieras y l) Aseguradora de Compensaciones de los Trabajadores. La ley del estado de Colorado prohíbe la redivulgación o reutilización de información divulgada sobre un residente de Colorado en virtud de esta autorización.

AVISO: La información que se autoriza a divulgar puede incluir información sobre enfermedades contagiosas o venéreas tales como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) u otros trastornos médicos por los que pueda haber recibido tratamiento.

Entiendo que AF no puede supeditar el pago de las indemnizaciones reclamadas, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios a la firma de esta autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización; sin embargo, en ese caso, mi negativa puede provocar la denegación o la imposibilidad de pagar los beneficios de mi póliza si mi negativa a firmar da como resultado que AF no tenga información suficiente para procesar mis beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a American Fidelity Assurance Company, PO Box 25160, Oklahoma City, OK 73125-0160 o llamando, sin cargo, al teléfono 1-800-662-1113.

Entiendo que mi derecho a revocar esta autorización queda limitado en la medida en que AF haya actuado al amparo de esta autorización; o que la ley otorgue a AF el derecho de objetar mi cobertura de seguro o el reclamo de una indemnización en virtud de mi cobertura. Toda copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Entiendo que si se divulga información protegida de salud a una persona u organización a la que no se exige acatar las normas federales de privacidad, la información podrá ser redivulgada y ya no estará protegida por las normas federales de privacidad. Además de los tipos de información que se describen arriba, también autorizo a American Fidelity a acceder a cualquier otro tipo de información que considere necesaria para investigar mi reclamo. Esta información incluye, aunque no taxativamente, información financiera, información presentada o relacionada con reclamo(s) de seguro o cobertura(s) de seguro y registros de empleo. Cualquiera de las partes que esté en poder de esta información queda autorizada, por la presente, a compartirla con American Fidelity.

En el caso de la cobertura de seguros de salud, esta autorización caducará a los veinticuatro meses de la fecha de la firma o con la extinción de mi póliza de seguro, lo que ocurra primero. En el caso de la cobertura de seguros que no son de salud, esta autorización caducará a los veinticuatro meses de la fecha de la firma o cuando caduque el reclamo de mis beneficios, lo que ocurra primero.

Nº de Cuenta de AFA

Nombre del Paciente, en imprenta

Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma (del Paciente) o del Representante Personal (si correspondiera)

Fecha de la Firma

Relación del Representante Personal con el Paciente (si correspondiera)

Si quien otorga la autorización es un representante personal, debe incluirse una descripción del poder para actuar en nombre del Asegurado.

Por favor, guarde una copia para su archivo personal, o solicite una copia a nuestra Compañía.



Declaraciones Fraudulentas en el Formulario de Reclamo

El siguiente texto sobre fraude se adjunta a este formulario de reclamo y forma parte del mismo. **Por favor, léalo y no elimine esta página de este formulario de reclamo.**

Si vive en una jurisdicción que no se menciona abajo, lo que sigue se aplica a usted: toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento de pago de un siniestro o beneficio será culpable de la comisión de un delito y podrá estar sujeta al pago de multas y reclusión en prisión.

Alabama - Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento de pago de un siniestro o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en la solicitud de seguro será culpable de la comisión de un delito y podrá estar sujeta a la pena de restitución, multa o prisión, o una combinación de las mismas.

Alaska - Toda persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa podrá ser procesada conforme a la ley del estado.

Arizona - Para su protección, las leyes de Arizona exigen que la siguiente declaración figure en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento de pago de un siniestro estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Arkansas, Distrito de Columbia, Luisiana, Rhode Island y West Virginia - Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento de pago de un siniestro o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de la comisión de un delito y podrá estar sujeta al pago de multas y a reclusión en prisión.

California y Texas - Para su protección, las leyes de California y Texas exigen que lo que sigue figure en este formulario: toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento de pago de un siniestro será culpable de la comisión de un delito y podrá estar sujeta al pago de multas y a reclusión en prisión.

Colorado - Es ilegal proporcionar intencionadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el objeto de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir la reclusión en prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. La compañía de seguros o el agente de seguros que proporcione intencionadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a la persona que presente un reclamo, con el objeto de estafarlos o intentar estafarlos con respecto a un acuerdo transaccional o un laudo pagadero con fondos del seguro, será denunciada/o ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Entidades Reguladoras.

Delaware, Idaho y Oklahoma - ADVERTENCIA: La persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, realice el reclamo de los montos indemnizatorios de una póliza de seguro y el reclamo contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de la comisión de un delito grave.

Florida - La persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de la comisión de un delito grave en tercer grado.

Indiana - La persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de la comisión de un delito grave.

Kentucky - La persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información relativa a un hecho sustancial de la misma,

comete fraude contra el seguro, lo que constituye un delito.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington - Es delito suministrar a una compañía de seguros información falsa, incompleta o engañosa, a sabiendas y con el objeto de estafarla. Las sanciones pueden incluir reclusión en prisión, multas o denegación de los beneficios del seguro.

Maryland - La persona que, a sabiendas o intencionadamente, presente un reclamo falso o fraudulento para cobrar la indemnización de un siniestro o un beneficio, o que, a sabiendas o intencionadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de la comisión de un delito y podrá estar sujeta al pago de multas y a reclusión en prisión.

Minnesota - La persona que presente un reclamo con la intención de estafar o ayudar a cometer fraude contra una aseguradora será culpable de la comisión de un delito.

Nuevo Hampshire - La persona que, con el objeto de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa podrá ser objeto de una acción legal y castigada por fraude al seguro, según establece RSA 638:20.

Nuevo Jersey - La persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa será objeto de sanciones penales y civiles.

Nuevo Mexico - LA PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO DE PAGO DE UN SINIESTRO O BENEFICIO O QUE, A SABIENDAS, PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO SERÁ CULPABLE DE LA COMISIÓN DE UN DELITO Y PODRÁ SER OBJETO DE SANCIONES CIVILES Y PENALES.

Ohio - La persona que intente estafar a una aseguradora, o sabiendo que está posibilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga afirmaciones falsas o engañosas será culpable de fraude al seguro.

Pennsylvania - La persona que, a sabiendas y con intención de estafar 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 que, con el objeto de engañar, oculte información en relación con un hecho sustancial de la misma, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, lo que constituye un delito y convierte a la persona en objeto de sanciones penales y civiles.

Puerto Rico - La persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o provoque la presentación de un reclamo fraudulento de pago de un siniestro u otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o siniestro, incurrirá en un delito grave y, en el momento de la condena, será sancionado por dicha violación con el pago de una multa no inferior a cinco mil (5.000) dólares y no superior a diez mil (10.000) dólares, o con la pena de prisión por un período fijo de tres (3) años, o con ambas sanciones. En caso de que se produjeran circunstancias agravantes, la sanción establecida podrá incrementarse a un máximo de cinco (5) años, y si se produjeran circunstancias atenuantes, podrá reducirse a un mínimo de dos (2) años.