



Plan de seguro por enfermedades graves de Aetna

Solicitud de beneficios

Uso interno

Código de categoría	VPCF
Código clave de la oficina	039

Comuníquese con el Centro de Servicios al Cliente al **1-800-607-3366**, entre las 8:00 a.m. y las 6:00 p.m., si tiene alguna pregunta sobre los beneficios, sobre cómo presentar un reclamo o si quiere apelar una decisión.

Completar esta forma no garantiza el pago.

A. Instrucciones para completar esta forma

1. Marque las casillas que mejor describen su reclamo.

Marcar la casilla	Beneficio cubierto
☐	Cáncer
☐	Ataque cardíaco (infarto de miocardio)
☐	Derrame cerebral
☐	Falla de un órgano vital
☐	Enfermedad de las arterias coronarias que requiere cirugía de baipás
☐	Insuficiencia renal en etapa terminal
☐	Otro: _____ Consulte el certificado de su plan para ver una lista completa de beneficios que cumplen con los requisitos por enfermedades graves.

* Si en su póliza están incluidos beneficios opcionales por cáncer, y usted solicita el pago de beneficios por dicha enfermedad, presente un informe de patología o un diagnóstico clínico.

- Complete todos los puntos de la **sección B**.
- Complete y firme la **sección E**.
- Pídale al médico que complete las **secciones C y D** en su totalidad.
- Incluya documentación con la que se respalde su reclamo, como una declaración detallada, registros médicos, un informe de patología, etc.
- Conserve las copias de sus facturas a modo de registro.
- Envíe la solicitud completa de beneficios y las facturas a la siguiente dirección:

Aetna Voluntary Plans
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

Fax: 1-859-455-8650
Tel.: 1-800-607-3366

NOTA: LAS FORMAS DE RECLAMO INCOMPLETAS DEMORARÁN EL PROCESAMIENTO DEL RECLAMO.

B. Información del empleado y del paciente (debe ser completado por el empleado)

1. Nombre del empleado/Nombre			Segundo nombre			Apellido		
2. Dirección del empleado (incluir código postal)						☐ Marcar si la dirección es nueva.		
3. Correo electrónico del empleado			4. Número de póliza o de grupo del empleado			5. N° de identificación (WID) o del Seguro Social del empleado		
6. Fecha de nacimiento del empleado (DD/MM/AAAA) / /			7. Sexo del empleado (Si prefiere no dar esta información, deje el espacio en blanco) ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario/otro			8. Número de contacto durante el día () -		
9. Ocupación			10. Nombre del empleador			11. Número de contacto () -		
12. Nombre del paciente (si no es el empleado)						13. N° de identificación (WID) o del Seguro Social del paciente (si es diferente del indicado antes)		
14. Dirección del paciente (si es diferente de la del empleado)								
15. Fecha de nacimiento del paciente (DD/MM/AAAA) / /			16. Sexo del paciente (si no es empleado) (Si prefiere no dar esta información, deje el espacio en blanco) ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario/otro			17. Relación del paciente con el titular de la póliza o del certificado ☐ Empleado ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otra		

C. Declaración del médico (debe ser completado por el médico)

1. Nombre y dirección del centro donde se prestaron los servicios		2. Fecha del servicio (DD/MM/AAAA) / /	
3. Para servicios relacionados con una internación, incluya las fechas en que el paciente estuvo internado (DD/MM/AAAA) Fecha de admisión: / / Fecha de alta: / /			
4. Códigos de diagnóstico o de la <i>Clasificación internacional de enfermedades</i> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.			
5. Describa la naturaleza del accidente, de la enfermedad o de la lesión (si necesita más espacio, adjunte páginas adicionales)			
6. Tipo de internación (si corresponde) ☐ Paciente internado ☐ Paciente ambulatorio ☐ En observación			
7. ¿El paciente ha tenido una enfermedad similar? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, indique cuándo y brinde información detallada.			
8. ¿El paciente tiene otra enfermedad o afección? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, brinde información detallada.			
9. Naturaleza del procedimiento quirúrgico, si lo hubo (describalo detalladamente). Indique los códigos de la <i>Terminología actual de procedimientos</i> .			

D. Verificación del médico

1. Nombre completo en letra de imprenta		2. Número de identificación fiscal	
3. Firma	4. Fecha (DD/MM/AAAA) / /	5. Número de teléfono () -	
6. Dirección, ciudad, estado y código postal			

E. Autorización para divulgar información

Con el fin de que evalúen y administren mi reclamo de beneficios, por la presente, autorizo que se divulgue a Aetna Life Insurance Company (Aetna) y a sus filiales y representantes autorizados información relacionada con asesoramiento sobre el cuidado de salud, los tratamientos o los suministros que se me brinden o, si corresponde, que reciban mis dependientes (incluso, aquella sobre enfermedades mentales y VIH). Si corresponde, también autorizo que se divulgue información relacionada con mi empleo. Esta autorización es válida durante el plazo de la póliza o del certificado conforme a los cuales se presentó el reclamo. Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización y acepto que dicha copia tiene la misma validez que el documento original.

Firma	Nombre en letra de imprenta	Fecha (DD/MM/AAAA) / /
-------	-----------------------------	---------------------------

Si la persona que firma es el tutor legal, apoderado legal, curador, beneficiario o representante personal, firme, escriba su nombre en letra de imprenta e indique aquí la relación.

Firma	Nombre en letra de imprenta	Relación
-------	-----------------------------	----------

Sección sobre declaraciones falsas

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos sustanciales de dicha solicitud o declaración comete un acto fraudulento de seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE ILLINOIS: Para los contratos celebrados en Illinois y los residentes de dicho estado, a menos que el pago se realice dentro de los quince (15) días a partir de la fecha en que la empresa reciba la debida prueba de la pérdida, el interés se devengará sobre las recaudaciones pagaderas por la muerte del asegurado, desde la fecha de muerte, a una tasa del 9 % sobre el monto total pagadero o el valor nominal, si los pagos son realizados en cuotas hasta que se pague el total o la primera cuota.

ADVERTENCIAS SOBRE FRAUDES POR ESTADO

AVISO EN ALABAMA: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio, o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en prisión, o cualquier combinación de estas.

AVISO EN ALASKA, ARKANSAS, KENTUCKY, LUISIANA, MAINE, NUEVA JERSEY, NUEVO MÉXICO Y VIRGINIA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de agraviar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa podría ser procesada en virtud de las leyes estatales.

AVISO EN DELAWARE, IDAHO, INDIANA, MINNESOTA Y OKLAHOMA: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de agraviar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

AVISO EN ARIZONA: Para su protección, la ley de Arizona exige que figure la siguiente declaración en esta forma. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir pago por una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

AVISO EN CALIFORNIA: Para su protección, la ley de California exige que figure lo siguiente en esta forma. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir pago por una pérdida comete un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

AVISO EN COLORADO: Es ilegal brindar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro, y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de estafarlos o intentar estafarlos en relación con una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la División de Seguros de Colorado, dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

AVISO SOBRE FRAUDE EN EL DISTRITO DE COLUMBIA: Es ilegal brindar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla o estafar a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede negarse a otorgar beneficios de seguro si el solicitante hubiera proporcionado información falsa que esté sustancialmente relacionada con el reclamo.

AVISO EN FLORIDA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado.

AVISO EN MARYLAND: Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

AVISO EN NUEVO HAMPSHIRE: Toda persona que, con intención de agraviar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a un proceso judicial y castigo por fraude al seguro, en virtud de lo dispuesto en los *Estatutos Revisados Comentados (RSA)*, sección 638.20.

AVISO EN OHIO: Toda persona que, con intención de estafar o consciente de que permite el fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro.

AVISO EN OREGÓN: Toda persona que, de forma intencional, presente una declaración falsa que sea sustancial para el riesgo podría ser culpable de fraude al seguro según un tribunal de justicia.

AVISO EN PENNSILVANIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos sustanciales de dicha solicitud o declaración comete un acto fraudulento de seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

AVISO EN PUERTO RICO: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño comete un delito grave. Si la persona es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000). También podrá ser encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambas alternativas. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, el período de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años.

AVISO EN TENNESSEE Y WASHINGTON: Es ilegal brindar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la negación de los beneficios del seguro.

AVISO EN TEXAS: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir pago por una pérdida comete un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

AVISO EN VIRGINIA OCCIDENTAL Y RHODE ISLAND: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio, o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

AVISO EN NUEVA YORK: Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Firma:	Fecha (DD/MM/AAAA):
--------	---------------------

[illegible]