



ACCIDENT CLAIM FORM/ FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR ACCIDENTE

**Failure to complete all sections may result in a delay in processing this claim.
 Please review your policy for specific benefits covered under your plan.**

- ✓ **Benefits are payable to you unless we receive written authorization from your provide to assign benefits to them or from you to pay your benefit elsewhere. This is called an assignment. If you wish to assign your benefits, please send a signed written request.**
- ✓ **If this claim is for an individual covered by Medicaid or a state variation of Medicaid, most non-disability benefits are automatically assigned according to state regulations. This means we must pay the benefits to Medicaid or to the medical provider to reduce the charge billed to Medicaid.**

PLEASE SIGN THE ATTACHED HIPAA FORM AND RETURN IT WITH THE COMPLETED CLAIM FORM

**No completar todas las secciones puede provocar un retraso en el procesamiento de esta reclamación.
 Revise su póliza para obtener información sobre los beneficios específicos cubiertos por su plan.**

- ✓ **Los beneficios le son pagaderos, a menos que recibamos autorización por escrito de su proveedor para cederle a este los beneficios o de usted para pagar su beneficio a otra persona. Esto se llama cesión. Si desea ceder sus beneficios, envíe una solicitud por escrito firmada.**
- ✓ **Si esta reclamación es para una persona cubierta por Medicaid o la variante de algún estado de Medicaid, la mayoría de los beneficios de no incapacidad se ceden automáticamente de acuerdo con las regulaciones del estado. Esto significa que debemos pagar los beneficios a Medicaid o al proveedor médico para reducir el cargo facturado a Medicaid.**

FIRME EL FORMULARIO DE LA HIPAA ADJUNTO Y DEVUÉLVALO JUNTO CON EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN COMPLETADO.

AUTHORIZATION/AUTORIZACIÓN

Several states require that the following statement appear on the claim forms:
 Varios estados requieren que la siguiente declaración aparezca en los formularios de reclamación:

Any person, who knowingly and with intent to defraud any insurance company, files a statement of claim containing any materially false, incomplete or misleading information, is guilty of a crime.

Toda persona que, deliberadamente y con intención de estafar a cualquier compañía aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa, incompleta o engañosa comete un delito.

I hereby certify that the answers I have made to the foregoing questions are both complete and true to the best of my knowledge and belief. I have read the fraud notice included in this form.

Por el presente certifico que las respuestas que di a las preguntas anteriores son completas y verdaderas a mi mejor saber y entender. Leí el aviso sobre fraude que se incluye en este formulario.

Policyholder's Signature/Firma del titular de la póliza:

Date/Fecha:

Claimant's Signature/Firma de la persona que reclama:

Date/Fecha:

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA/PERSONA QUE RECLAMA/INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA/PERSONA QUE RECLAMA

EMPLOYER'S NAME Nombre del empleador		POLICYHOLDER'S EMAIL ADDRESS Dirección de correo electrónico del titular de la póliza		
POLICYHOLDER'S NAME Nombre del titular de la póliza	POLICY/CERTIFICATE NO. Núm. de certificado/póliza	SOCIAL SECUTIY NO./ Núm. de Seguro Social	DATE OF BIRTH/Fecha de nacimiento	SEX/ Sexo
POLICYHOLDER'S ADDRESS/Dirección del titular de la póliza			POLICYHOLDER'S TELEPHONE NO./ Número de teléfono del titular de la póliza	
<input type="checkbox"/> Check box if this is a permanent address change Marque esta casilla si este es un cambio de la dirección permanente				



PATIENT'S NAME/Nombre del paciente	Relationship to the policyholder/ Relación con el titular de la póliza	PATIENT'S DATE OF BIRTH/ Fecha de nacimiento del paciente	PATIENT'S GENDER Sexo del paciente
------------------------------------	---	--	---------------------------------------

Date of injury/Fecha de la lesión:

- Describe how the injury occurred/Describa cómo ocurrió la lesión:
- Location of injury/ Lugar donde ocurrió la lesión: On the Job/En el trabajo Off the Job/Fuera del trabajo
- Has a worker's compensation claim been filed?/ ¿Se ha presentado una reclamación de compensación para trabajadores?
 Yes/Sí No/No

If yes, what is the status of the claim?/Si la respuesta es sí, ¿cuál es el estado de la reclamación?

Approved/Aprobada Pending/Pendiente Denied/Denegada

- Was the patient injured in a motor vehicle accident?
 ¿Sufrió el paciente la lesión en un accidente de vehículo a motor?
 No/No Yes (If yes, please submit the Police Report)/Sí (Si la respuesta es sí, presente el informe policial)
- Was death a result of this injury?
 ¿Fue la muerte ocasionada por esta lesión?
 No/No Yes/Sí

(If yes, please submit the certified death certificate and the Life Beneficiary Statement)

(Si la respuesta es sí, presente un copia certificada del certificado de defunción y la declaración de beneficiario en vida)

- Was the patient confined to the hospital as a result of this injury?
 ¿Estuvo el paciente hospitalizado como resultado de esta lesión?
 No/No Yes/Sí

(If yes, please submit the itemized hospital bill, UB04, or HCFA 1500)

(Si la respuesta es sí, presente la factura hospitalaria detallada, los formularios UB04 o HCFA 1500)

Admission date/Fecha de admisión _____ Discharge Date/Fecha de alta _____

Hospital Name/Nombre del hospital _____

Telephone Number/Número de teléfono _____

City/Ciudad _____ State/ZIP/Estado/Código postal _____

- Was the patient transported by an ambulance as a result of this injury? No/No Yes/Sí

¿Fue el paciente transportado en ambulancia como resultado de esta lesión?

(If yes, please submit the ambulance bill)

(Si la respuesta es sí, presente la factura de la ambulancia)

- If any of the following were the result of your injury, please provide medical records or physician's office notes:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coma ▪ Paralysis ▪ Degree of Burn ▪ Injury to Eye ▪ Laceration (including length and method of repair) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dislocation (X-Ray reports or major diagnostic exam reports are needed) ▪ Concussion (Major diagnostic exam reports are needed) ▪ Fractures (X-Ray reports or major diagnostic exam reports are needed)
--	---



- Si alguna de las siguientes condiciones de salud fueron ocasionadas por su lesión, proporcione los informes médicos o las notas del consultorio médico:
 - Coma.
 - Parálisis
 - Grado de la quemadura
 - Lesión ocular
 - Laceración (incluida la longitud y el método de reparación)
 - Luxación (se necesitan los informes radiográficos o los informes de examen principal de diagnóstico)
 - Conmoción (se necesitan los informes de examen principal de diagnóstico)
 - Fracturas (se necesitan los informes radiográficos o los informes de examen principal de diagnóstico)
- Was an aid in locomotion (mobility) prescribed as a result of this injury (i.e., crutches, wheelchairs, leg braces, walking boots, back braces, walkers or cervical collars)? No/No Yes/Sí

¿Se indicó una ayuda para la locomoción (movilidad) como resultado de esta lesión (por ejemplo, sillas de ruedas, aparato ortopédico para la pierna, corsé ortopédico, andador, muletas, collares cervicales o botas para caminar)?

(If yes, please submit documentation from the prescribing provider)

(Si la respuesta es sí, presente documentación del proveedor que la indicó)

Your policy covers the following surgeries/Su póliza cubrió las siguientes cirugías:*

- Open Reduction, Internal Fixation (Fractures or Dislocations) / Reducción abierta, fijación interna (fracturas o luxaciones)
 - Ruptured Disc Repair / Reparación de rotura de disco
 - Knee Cartilage Repair / Reparación del cartílago de la rodilla
 - Tendon or Ligament Repair / Reparación de un tendón o ligamento
 - Open Abdominal/Thoracic Surgery / Cirugía abierta abdominal o torácica
 - Eye Surgery / Cirugía ocular
- Were any of these surgical procedures performed as a result of this injury? No/No Yes/Sí
¿Se realizó alguno de estos procedimientos quirúrgicos como resultado de esta lesión?
(If yes, please submit a copy of the operative report)
(Si la respuesta es sí, presente una copia del informe operatorio)
 - Was a major diagnostic exam (i.e., CT Scan, MRI, MRA, EEG) performed as a result of this condition?
¿Se realizó un examen principal de diagnóstico (por ejemplo, CT, MRI, MRA, EEG) como resultado de esta lesión?
 No/No Yes/Sí
(If yes, please submit a copy of the exam report.)
(Si la respuesta es sí, presente una copia del informe del examen).

- Provide all dates of treatment related to injury on the lines below (please submit supporting medical documentation for each visit indicated below)/ Proporcione todas las fechas de tratamiento relacionadas con la lesión en las siguientes líneas (presente documentación médica respaldatoria para cada visita que se indica a continuación):*

Initial date of treatment/ Fecha de tratamiento inicial:

Follow ups/ Seguimientos: _____

Physical Therapy/ Terapia física: _____

*See policy for time limit provisions/Consulte la póliza para conocer las disposiciones de plazo límite.

AVISOS DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE

Para ser utilizado con formularios de reclamación

LEA EL AVISO DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE DE SU ESTADO

ALABAMA: Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de un beneficio o que, deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de cometer un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en prisión, o cualquier combinación de estas.

ALASKA: Una persona que, deliberadamente y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía aseguradora, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser enjuiciada en virtud de la ley del estado.

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

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

CALIFORNIA: Para su protección, la ley de California exige que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de cometer un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión estatal.

COLORADO: Es ilegal brindar datos o información falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a una compañía aseguradora con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Es posible que las sanciones incluyan encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía aseguradora o agente de una compañía aseguradora que, deliberadamente, brinden información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a la persona que reclama con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o a la persona que reclama con respecto a un acuerdo o laudo pagaderos con la suma asegurada serán denunciados a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

DELAWARE: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer un delito grave.

DISTRITO DE COLUMBIA: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información falsa esencialmente relacionada con una reclamación.

FLORIDA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer un delito grave de tercer grado.

IDAHO: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de estafar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer un delito grave.

INDIANA: Una persona que, deliberadamente y con la intención de estafar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

KENTUCKY: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicha solicitud, comete un acto fraudulento en materia de seguro, lo cual es un delito.

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

MAINE: Es un delito brindar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una compañía aseguradora con el propósito de estafar a la compañía. Es posible que las sanciones incluyan encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

AVISOS DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE (CONT.)

Para ser utilizado con formularios de reclamación

LEA EL AVISO DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE DE SU ESTADO

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

MINNESOTA: Una persona que presenta una reclamación con la intención de estafar o ayudar a cometer fraude contra una aseguradora es culpable de cometer un delito.

NEW HAMPSHIRE: Cualquier persona que, con el propósito de dañar, estafar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a un castigo por fraude en materia de seguro, como se establece en la ley revisada comentada, § 638:20, de NH.

NEW JERSEY: Cualquier persona que deliberadamente presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

NEW MÉXICO: Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de un beneficio o que, deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de cometer un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

NEW YORK: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de estafar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración que contenga información esencialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicha solicitud o declaración, comete un acto fraudulento en materia de seguro, lo cual es un delito y también estará sujeta a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares ni el valor establecido de la reclamación para cada infracción de este tipo.

OHIO: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o una reclamación que contengan una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude en materia de seguro.

OKLAHOMA: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de dañar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, haga una reclamación de la suma asegurada de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer un delito grave.

OREGÓN: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contengan una declaración falsa o engañosa **puede ser** culpable de fraude en materia de seguro.

PENSILVANIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de estafar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contengan información esencialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicha solicitud o declaración de reclamación, comete un acto fraudulento en materia de seguro, lo cual es un delito y hace que esa persona esté sujeta a sanciones penales y civiles.

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

PUERTO RICO: Cualquier persona que deliberadamente y con la intención de estafar presente información falsa en una solicitud de seguro, presente, ayude o cause la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por los mismos daños o pérdidas, incurrirá en un delito grave y, luego de la condena, será sancionada por cada infracción con una multa que no será inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y que no será superior a diez mil dólares (\$10,000), o con encarcelamiento por un período fijo de tres (3) años, o ambas sanciones. En el caso de circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; si hay circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

TENNESSEE: Es un delito brindar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una compañía aseguradora con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

TEXAS: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o una reclamación que contengan una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude en materia de seguro.

VIRGINIA: Es un delito brindar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una compañía aseguradora con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

AVISOS DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE (CONT.)

Para ser utilizado con formularios de reclamación

LEA EL AVISO DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE DE SU ESTADO

WASHINGTON: Es un delito brindar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una compañía aseguradora con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

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

TODOS LOS DEMÁS ESTADOS: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o una reclamación que contengan una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude en materia de seguro.
