



Formulario de reclamación por buen estado de salud

Presente las reclamaciones usando el Centro de servicios en línea (Online Service Center, OSC) para pagos más rápidos, actualizaciones de estado de la reclamación y depósito directo, entre otras ventajas.

[¡Regístrese o inicie sesión ahora!](#)

Instrucciones para el asegurado o paciente

- Complete la Declaración del asegurado (secciones A a E) según corresponda a su reclamación.
- No es necesario completar la sección F; sin embargo, completarla reducirá demoras en el procesamiento en caso de necesitar información adicional sobre su reclamación.

DECLARACIÓN DEL/DE LA ASEGURADO/A

Sección A - Sobre el asegurado

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Fecha de nacimiento	Número de seguro social o número(s) de póliza		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono residencial	Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico	

Sección B – Sobre el paciente

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento

Sección C – Beneficios reclamados

Seleccione las pruebas o exámenes de salud realizados. Consulte su póliza/certificado para beneficios cubiertos según su plan.

Estudios de imágenes para diagnóstico

Prueba realizada	Fecha del servicio	Prueba realizada	Fecha del servicio
☐ Ultrasonografía de aneurisma de aorta abdominal		☐ Ecocardiograma	
☐ Prueba de detección de densidad ósea		☐ Electrocardiograma	
☐ Ultrasonido de seno		☐ Escala de somnolencia de Epworth	
☐ Doppler de carótida		☐ Sigmoidoscopia flexible	
☐ Radiografía de tórax		☐ Resonancia magnética (MRI)	
☐ Colonoscopia		☐ Mamografía	
☐ Tomografía axial computarizada (CAT scan)		☐ Estudio de neuroimágenes	
☐ Tomografía computarizada (CT scan)		☐ Tomografía por emisión de positrones (PET)	
☐ Angiografía por TC		☐ Prueba de esfuerzo	
☐ Termografía infrarroja digital de mama		☐ Ultrasonido testicular	
☐ Ecografía doppler		☐ Termografía	
☐ Enema de bario de doble contraste			

Servicios de patología/laboratorio

Prueba realizada	Fecha del servicio	Prueba realizada	Fecha del servicio
☐ Biopsia para cáncer ☐ positiva ☐ negativa		☐ CA 125 análisis de sangre para cáncer de ovario	
☐ Aspiración de médula ósea		☐ CA 15-3 análisis de sangre para cáncer de mama	
☐ Biopsia de médula ósea		☐ CA 19-9 análisis de sangre para cáncer de páncreas	
☐ Prueba genética de BRCA		☐ CEA análisis de sangre para cáncer de colon	



Formulario de reclamación por buen estado de salud

Servicios de patología/laboratorio continuación

Prueba realizada	Fecha del servicio	Prueba realizada	Fecha del servicio
☐ Prueba de glucosa en sangre en ayuno		☐ Panel de lípidos metabólico	
☐ Hemoglobina a1c		☐ Prueba de Papanicolaou (incluyendo prueba de Papanicolaou de gota fina)	
☐ Análisis de sangre oculta en heces		☐ Prueba de PSA	
☐ Prueba de sensibilidad del genoma de los linfocitos (LGS)		☐ Electroforesis de proteína de suero	

Exámenes

Prueba realizada	Fecha del servicio	Prueba realizada	Fecha del servicio
☐ Prueba basal para conmoción cerebral		☐ Prueba de detección de cáncer de piel	
☐ Examen odontológico de rutina		☐ Programa para dejar de fumar	
☐ Examen físico de rutina		☐ Programa para bajar de peso	
☐ Examen oftalmológico de rutina			

Otra(s) prueba(s) de buen estado de salud

Prueba realizada	Fecha del servicio

Pruebas genéticas

Prueba realizada	Fecha del servicio

Vacunas para prevención de una enfermedad crítica

Prueba realizada	Fecha del servicio	Prueba realizada	Fecha del servicio

Sección D - Sobre su proveedor médico

Nombre del médico	Número de contacto del médico

Reconocimiento - Su firma es necesaria para la consideración de beneficios

Certifico que las respuestas que he dado a las preguntas precedentes son, a mi leal saber y entender, completas y verdaderas. Reconozco que he leído la notificación sobre fraude incluida en este formulario de reclamación.

Firma del asegurado/beneficiario

Fecha de
firma



Formulario de reclamación por buen estado de salud

Sección F – Declaraciones sobre fraude en el formulario de reclamación

Las siguientes declaraciones sobre fraude se adjuntan y son parte integral de este formulario de reclamación. **Lea y no retire esta página del formulario de reclamación.**

Si vive en una jurisdicción que no se menciona más adelante, lo siguiente aplica para usted: Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Alabama - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a restitución, multas o encarcelamiento, o cualquier combinación de estos.

Alaska - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora podría estar sujeta a acciones legales según la ley del estado.

Arizona - Para su protección, la legislación de Arizona requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro estará sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas, District of Columbia, Louisiana, Rhode Island y West Virginia -

Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para su protección, la legislación de **California** requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para realizar una reclamación para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado - Es ilegal suministrar intencionalmente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una aseguradora con el objetivo de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños y perjuicios civiles. Se denunciará a toda aseguradora o representante de una compañía de seguros que suministre intencionalmente datos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el objetivo de estafar al titular de la póliza o reclamante con respecto a la liquidación del siniestro o indemnización pagadera por el producto del seguro ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de organismos reguladores.

Delaware, Idaho and Oklahoma - ADVERTENCIA: toda persona que presente intencionalmente una reclamación por el producto de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora es culpable de un delito grave.

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

Indiana - Una persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de estafar a una aseguradora comete un delito grave.

Kentucky - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con la intención de confundir, información sobre cualquier dato de la reclamación, con la intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona, comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington - Es un delito suministrar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una aseguradora con el objetivo de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la negación de beneficios del seguro.

Maryland - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Minnesota - Una persona que presente una reclamación con el objetivo de estafar o ayude a cometer fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

New Hampshire - Toda persona que, con el objetivo de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a acciones legales y castigo por fraude de seguros, según se establece en RSA 638:20.

New Jersey - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones civiles y penales.

New Mexico - TODA PERSONA QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO O BENEFICIO O QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGUROS ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Ohio - Toda persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando una estafa contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Pennsylvania - Toda persona que presente intencionalmente una solicitud de seguros o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con la intención de confundir, información sobre cualquier dato de la reclamación, con la intención de estafar a una aseguradora o a otra persona, comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico - Toda persona que intencionalmente y con el objetivo de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude a presentar o haga que se presente una reclamación fraudulenta para el pago de un siniestro o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o siniestro, estará incurriendo en un delito grave y, al ser condenada, será sancionada por cada violación con una multa que no será inferior a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) ni superior a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000), o a un periodo de tiempo fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o a ambas sanciones. En caso de que existieran circunstancias agravantes, la sanción así establecida podría aumentar a un máximo de cinco (5) años, si existieran circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Para su protección, la legislación de **Texas** requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.



Formulario de reclamación por buen estado de salud

Sección G - Autorización para solicitar información que incluye información médica protegida

El objetivo de este formulario es permitir a American Public Life Insurance Company (APL), o a socios comerciales que actúen en representación de APL en la administración de productos y servicios de APL, obtener datos que incluyen, sin carácter limitativo, información de empleo, información financiera e información médica protegida sobre mí, de cualquier parte que cuente con dicha información. Una vez que se obtienen dichos datos, APL podría usarlos para revisar o procesar beneficios, confirmar información de la póliza, o de otra manera revisar o procesar información relacionada con mi relación como cliente con ellos.

Por la presente autorizo a las entidades especificadas a continuación a divulgar cualquier información sobre mi salud o situación financiera o la de mis dependientes; esto incluye todo el registro médico e historial de tratamiento de enfermedades físicas o emocionales, incluso evaluación psicológica, excepto notas de psicoterapia, a las personas que representen a APL y que participen en la determinación de mi elegibilidad para beneficios según la cobertura de mi seguro. Aquellos autorizados para tal fin son: a) médicos o profesionales de la medicina con licencia; b) hospitales, clínicas o instalaciones relacionadas con la medicina o sus socios comerciales; c) planes de salud; d) la Administración de Veteranos; e) empleadores actuales o anteriores; f) farmacias; g) compañías de seguros; h) la Administración del Seguro Social; i) sistemas de jubilación; j) Departamento de Vehículos Automotores; k) bancos o instituciones financieras y l) aseguradoras de compensación laboral. APL solamente divulgará datos recolectados conforme a esta autorización según sea necesario para nuestros fines comerciales legítimos y solamente en la medida permitida por las leyes.

AVISO: la información autorizada para divulgación puede incluir información sobre enfermedades transmisibles o venéreas como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida) u otra afección por la que pudiera haber recibido tratamiento.

Comprendo que APL no podrá condicionar pagos de reclamaciones, inscripción o elegibilidad para beneficios a mi firma de esta autorización. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización; no obstante, no firmar esta autorización podría causar una negación de los beneficios o incapacidad para pagar beneficios según mi póliza si no firmar hace que APL no tenga información suficiente para procesar mis beneficios. Comprendo puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a APL, P.O. Box 248950, Oklahoma City, OK 73124-8950 o llamando al 800-256-8606. Comprendo que mi derecho a revocar esta autorización está limitado en la medida en que: APL haya actuado confiando en esta autorización; o las leyes le proporcionen a APL el derecho a cuestionar mi cobertura de seguros o una reclamación según mi cobertura de seguros. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Comprendo que si la información de salud protegida se divulga a una persona u organización que no tiene la obligación de cumplir con las reglamentaciones federales sobre privacidad, la información podría divulgarse y ya no estar protegida por las reglamentaciones federales sobre privacidad. Además de los tipos de información arriba descritos, también autorizo a APL a acceder a cualquier otro tipo de información considerada necesaria para investigar mi reclamación. Esta información incluye, sin carácter limitativo, información financiera, información entregada para reclamaciones de seguro o coberturas de seguro, o relacionada con estas, y registros de empleo. Toda parte que tenga esta información queda por la presente autorizada a divulgarla a APL.

Para la cobertura del seguro de salud, esta autorización vencerá a los 24 meses a partir de la fecha de su firma o al momento de cese de mi póliza del seguro, lo que ocurra primero. Para la cobertura de un seguro distinto al seguro de salud, esta autorización vencerá a los 24 meses a partir de la fecha de su firma o al momento de vencimiento de mi reclamación de beneficios, lo que ocurra primero.

Número de póliza de APL	Nombre en letra de imprenta del paciente	Fecha de nacimiento del paciente

Firma (paciente) o representante personal (si corresponde)	Fecha de firma

Relación del representante personal con el/la paciente (si corresponde)

Si un representante personal proporciona la autorización, se debe incluir una descripción de la autoridad para actuar en representación del asegurado.

--