



**ACCIDENT WELLNESS BENEFIT CLAIM FORM/  
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIO PARA EL BIENESTAR DE LA SALUD POR  
ACCIDENTES**

**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.**

**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.**

**Please check this box if you are filing for a wellness benefit under multiple coverages.  
Marque el siguiente casillero si usted está solicitando un beneficio para el bienestar de  
la salud en múltiples coberturas.**

**AUTORIZACIÓN/AUTORIZACIÓN**

**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 have checked the answers given by myself and they are correct. I AUTHORIZE any physician, medical practitioner, hospital, clinic, other medical or medically related facility, insurance or reinsuring company, consumer reporting agency, or employer having information available as to diagnosis, treatment and prognosis with respect to any physical or mental condition and/or treatment and any non-medical information of me, to give to Continental American Insurance Company or its legal representative, any and all such information. This information is to include, but is not limited to information pertaining to diagnosis, care or treatment for psychiatric disorder, drug or alcohol abuse, treatment or prescriptions, testing and/or treatment of HIV (AIDS virus) and/or other sexually transmitted diseases, including case history and medical antecedents. I UNDERSTAND the information obtained by use of the Authorization will be used by Continental American Insurance Company to determine eligibility for benefits under an existing policy. Any information obtained will not be released by Continental American Insurance Company to any person or organization EXCEPT to reinsuring companies, or other persons or organizations performing business or legal services in connection with my claim, or as may otherwise lawfully required or as I may further authorize. I KNOW that I may request to receive a copy of this Authorization. I AGREE that a photographic copy of this Authorization shall be as valid as the original. I AGREE that this Authorization shall be valid for the duration of my claim.

Revisé las respuestas que di y son correctas. AUTORIZO a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica u otro centro relacionado con la medicina, compañía aseguradora o agencia de informes del consumidor o empleador que tenga información disponible relacionada con el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico respecto de toda condición de salud físico o mental y/o el tratamiento y cualquier otro tipo de información no médica relacionada conmigo a que le entreguen a Continental American Insurance Company o a sus representantes legales toda dicha información. Esta información debe incluir, entre otras cosas, la información relacionada con el diagnóstico, el cuidado o el tratamiento de trastornos psiquiátricos, abuso de drogas o alcohol, tratamiento o recetas, pruebas y/o tratamiento del VIH (virus del SIDA) y/u otras enfermedades de transmisión sexual, incluida la historia clínica y los antecedentes médicos. ENTIENDO que Continental American Insurance Company usará la información obtenida a través de la Autorización para determinar la elegibilidad para los beneficios bajo una póliza existente. Continental American Insurance Company no divulgará cualquier información obtenida a ninguna persona u organización, EXCEPTO a las compañías aseguradoras u otras personas o entidades que presten servicios comerciales o legales en relación con mi reclamación, o de cualquier otra manera que la ley requiera o que yo pueda autorizar más adelante. SÉ que puedo solicitar una copia de esta Autorización. ACEPTO que una copia fotográfica de esta Autorización es tan válida como el original. ACEPTO que esta Autorización será válida durante la duración de mi reclamación.

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

Date/Fecha:

Claimant's Signature/Firma del demandante:

Date/Fecha:



POLICYHOLDER/CLAIMANT'S INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA/PERSONA QUE RECLAMA				
EMPLOYER'S NAME Nombre del empleador	POLICYHOLDER'S EMAIL Correo electrónico del titular de la póliza			
POLICYHOLDER'S NAME Nombre del titular de la póliza	POLICY/CERTIFICATE NO. Núm. de certificado/póliza	SOCIAL SECURITY NO./ Núm. de Seguro Social	DATE OF BIRTH/Fecha de nacimiento	SEX/ Sexo
POLICYHOLDER'S ADDRESS/Dirección 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			POLICYHOLDER'S TELEPHONE NO./ Número de teléfono del titular de la póliza	
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	

HEALTH SCREENING INFORMATION/INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA	
<b>WHICH HEALTH SCREENING TEST DID YOU HAVE PERFORMED?:</b> <b>¿QUÉ EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA SE REALIZÓ?:</b>	
<input type="checkbox"/> Annual Physical Exam Examen médico anual	<input type="checkbox"/> PSA Pruebas de antígeno específico prostático (prostate-specific antigen, PSA)
<input type="checkbox"/> Eye Examination Examen de la vista	<input type="checkbox"/> Ultrasound Ecografía
<input type="checkbox"/> Immunization Vacuna	<input type="checkbox"/> Mammography (date) _____ Mamografía (fecha) _____
<input type="checkbox"/> Flexible Sigmoidoscopy Sigmoidoscopia flexible	<input type="checkbox"/> Blood Screening Análisis de sangre
DATE THE HEALTH SCREENING TEST WAS PERFORMED (treatment date <b>MUST</b> be provided) FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA EVALUACIÓN MÉDICA PREVENTIVA ( <u>DEBE</u> proporcionar la fecha del tratamiento)	
PHYSICIAN INFORMATION/INFORMACIÓN DEL MÉDICO	
NAME/ NOMBRE	Phone Number/ Número de teléfono
ADDRESS/ DIRECCIÓN	CITY/ CIUDAD
	STATE/ ESTADO
	ZIP/Código postal

## **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.

---