



Reclamo del Examen de Bienestar



Enviar por fax
en esta dirección

Envíe este formulario por fax al
1-800-880-9325

O por correo: P.O. Box 100195, Columbia, SC 29202

De parte de:

Numero de páginas:

Inicia su reclamo en línea

- ▶ Simplemente accede a su cuenta en Coloniallife.com y haga clic en "File an Online Claim"
- ▶ Como comodidad añadida, cuando inicia el reclamo en línea puede seleccionar depósito directo
- ▶ ¿No eres miembro? Haga clic en "Register" en Coloniallife.com para convertirse en miembro y sigue las instrucciones para establecer la cuenta

Acuerdo de Permiso de Servicio Opcional

Por favor indique enseguida que servicios desea. Cualquier marca utilizada (marca de verificación, X, iniciales, etc.) será considerada como su autorización y será procesada si se seleccionan.

Autorizo a Colonial Life para facilitar el procesamiento de esta reclamación al liberar sus datos al siguiente individuo en mi nombre:
Ojo: Deje en blanco si no desea que nadie acceda a su información de reclamación.

_____ Agente Comercial _____ Empleador _____ Cónyuge, miembro de familia, pareja Nombre: _____

También entiendo que debo notificar a Colonial Life para discontinuar este servicio.

Completa cada sección antes de enviar su reclamo. Presentación de un formulario incompleto puede resultar en un retaso en el procesamiento de su reclamación

- Si su nombre ha cambiado, adjunte una copia de los documentos legales
- La Fechas deben de escribirse en el formato mes/día/ año (ej. 12/14/1980)
- Numero de seguro social es indicado como SSN
- Los benéficos son pagables a usted a menos que recibimos una autorización escrita avisando para pagar en otro lugar
- Si esta reclamación es para una persona cubierta por Medicaid, la mayoría de los beneficios que no sean de discapacidad se asignan automáticamente según lo establecido en las reglamentaciones estatales

Sección 1 – Declaración del Reclamante (completado por el propietario)

Nombre del reclamante:		☐ Hombre ☐ Mujer	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	SSN:
Relación con el propietario de la póliza: ☐ Individuo ☐ Cónyuge ☐ Compañero Domestico ☐ Dependiente				
Información del Propietario (si alguien diferente del propietario)	Nombre:	DOB: ____/____/____		SSN:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Correo electrónico:	Número telefónico:			
Doctor/Institución de Tratamiento:			Número telefónico:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

Declaraciones de reclamación fraudulentas

Antes de firmar este formulario de reclamación, lea la advertencia para el estado donde reside y para el estado donde se emitió la póliza de seguro en virtud de la cual reclama un beneficio.

Para su protección, la siguiente declaración debe aparecer en este formulario de reclamación de acuerdo con las leyes estatales, incluidas las de Alaska, Arizona, Arkansas, Connecticut, Delaware, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo México, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Virginia Occidental, Wisconsin y Wyoming.

Advertencia de fraude: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o errónea es culpable de fraude de seguro, lo cual es un delito.

Alabama: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o tiempo en prisión, o cualquier combinación de estas.

California: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y tiempo en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, datos o información falsos, incompletos o erróneos a una compañía de seguros, con la intención de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelación, multas, denegación del seguro y daños civiles. Se deberá denunciar ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras a toda compañía de seguros o a todo agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione datos o información falsos, incompletos o erróneos al titular de una póliza o un reclamante con el fin de estafarlo o intentar estafarlo en relación con un acuerdo o una indemnización pagaderos con los ingresos del seguro.

Distrito de Columbia: Proporcionar información falsa o errónea a una aseguradora con el fin de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios si el solicitante proporcionó información falsa en relación con una reclamación.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o errónea es culpable de un delito de tercer grado.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito.

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

Nuevo Hampshire: Cualquier persona que, con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o errónea está sujeta a un proceso judicial y a una sanción por fraude de seguro, tal como se estipula en RSA 638.20.

Nueva Jersey: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o errónea está sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no supere los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

Pensilvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y está sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o genere la presentación de una reclamación fraudulenta por el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito y, de acuerdo con la condena, recibirá una sanción por cada infracción con la pena de una multa de no menos de cinco mil (5000) dólares y no más de diez mil (10 000) dólares, o un término fijo en prisión de tres (3) años, o ambas sanciones. Ante la presencia de circunstancias agravantes, la multa establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; ante la presencia de circunstancias extenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Nombre del Propietario:		Seguro Social del Propietario:
Si alguien que no sea el Propietario	Nombre del reclamante:	Seguro Social del Reclamante:
Tipo de examen: Completa un formulario para cada reclamo, para cada solicitante por cada año calendario ■ Debe de adjuntar una copia de la factura. La factura debe de incluir la instalación/nombre de doctor y número telefónico ■ Antes de completar este formulario revisa la póliza para verificar los exámenes que están cubierto ■ La mayoría de las pólizas no pagan para exámenes físicos de rutina ■ La mayoría de las pólizas permite un examen de bienestar por año calendario (consulte la póliza para más detalles) ■ Completa las fechas del examen que tuvo en la siguiente sección		

PROPIETARIO ACTUAL DE LA PÓLIZA:	FECHA DE EXAMEN (MM/DD/YYYY)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE EXAMEN (MM/DD/YYYY)
Examen de glucemia	____ / ____ / ____	CA 125(Análisis de Sangre para detectar Cáncer de Ovario	____ / ____ / ____
Aspiración de Medula Ósea/Biopsia	____ / ____ / ____	CA 15-3 (Análisis de Sangre para detectar Cáncer de Seno	____ / ____ / ____
Ultrasonido de Seno	____ / ____ / ____	Vacuna contra el Cáncer	____ / ____ / ____
CA 125(Análisis de Sangre para detectar Cáncer de Ovario	____ / ____ / ____	Electrocardiograma	____ / ____ / ____
CA 15-3 (Análisis de Sangre para detectar Cáncer de Seno	____ / ____ / ____	Análisis de sangre Oculta en las Heces	____ / ____ / ____
Vacuna contra el Cáncer	____ / ____ / ____	Inmunización (excluye vacunas contra la gripe y alergia	____ / ____ / ____
Ecografía Doppler de Carótida	____ / ____ / ____	Mamografía	____ / ____ / ____
CEA (Análisis de Sangre para Detectar Cáncer de Colon	____ / ____ / ____	Papanicolau	____ / ____ / ____
Análisis de colesterol en suero para determinar el nivel de HDL y LDL	____ / ____ / ____	Análisis de sangre para detectar Cáncer de Próstata	____ / ____ / ____
Radiografía de Tórax	____ / ____ / ____	Análisis de sangre para Mieloma	____ / ____ / ____
Colonoscopia	____ / ____ / ____	Biopsia de piel	____ / ____ / ____
Ecocardiograma	____ / ____ / ____	Sigmoidoscopia	____ / ____ / ____
Examen de glucemia	____ / ____ / ____	Prueba de esfuerzo en Bicicleta o Caminadora	____ / ____ / ____
Aspiración de Medula Ósea/Biopsia	____ / ____ / ____	Termografía	____ / ____ / ____
Ultrasonido de Seno	____ / ____ / ____	Triglicéridos	____ / ____ / ____

Revisa la póliza para verificar si el físico anual está cubierto. Si está cubierto incluye la fecha del físico anual. Fecha: ____ / ____ / ____

Certificación

Nombre del Propietario: _____ Seguro Social : _____

He verificado que las respuestas en este formulario son correctas. Yo certifico bajo de pena de perjurio que he dado mi número correcto de seguro social. Reconozco que he recibido la advertencia de fraude y que he leído las declaraciones que requiere el Departamento de Seguro del Estado.

Advertencia de fraude: Para garantizar su protección, las leyes de Arizona exigen que se incluya la siguiente información en este formulario de reclamo: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o una prestación, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta al pago de multas y sufrir una pena de prisión.

Advertencia de fraude: Para garantizar su protección, las leyes de Nueva York exigen que se incluya la siguiente información en este formulario de reclamo: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante, estará cometiendo fraude al seguro, lo que constituye un delito. Por dicho delito, también estará sujeta a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo por cada violación.

Aviso sobre fraude: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye la parte de la declaración del médico del formulario de reclamación.

Autorización para Colonial Life & Accident Insurance Company

Firme y devuelva esta autorización al Departamento de reclamaciones a la dirección indicada anteriormente. Esta autorización está diseñada para cumplir con la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Por medio de la presente, autorizo la divulgación de la siguiente información sobre mí y, en su caso, mis dependientes, de las fuentes que se detallan a continuación a Colonial Life & Accident Insurance Company y sus representantes debidamente autorizados (Colonial Life).

La información médica puede ser divulgada por cualquier proveedor o institución médica o médicamente relacionada, profesionales de rehabilitación, evaluadores vocacionales, plan de salud o cámara de compensación de salud que tenga registros o conocimiento sobre mí, incluyendo bases de datos de medicamentos recetados o el administrador de beneficios Farmacéuticos, ambulancia u otro servicio de transporte médico, cualquier compañía de seguros, Medicare o agencias de Medicaid o la Oficina de Información Médica (MIB). La información no relacionada con la salud puede ser divulgada por cualquier entidad, persona u organización que tenga registros sobre mí, incluido, pero no limitado a mi empleador, representante del empleador y fuentes de compensación, compañía de seguros, institución financiera, agencias de informes crediticios, incluyendo oficinas de crédito, organismos de licencias profesionales, abogados o entidades gubernamentales.

La información de salud incluye mi historial médico completo, el historial de medicamentos recetados y el historial de reclamos de seguro, incluidos VIH, SIDA u otros trastornos del sistema inmunitario, uso de drogas o alcohol, historial mental o físico, afección, consejo o tratamiento, sin incluir notas de psicoterapia. Información no relacionada con la salud, incluyendo ingresos, historial financiero o crediticio, licencias profesionales, historial de empleo o cualquier otro hecho que Colonial Life considere necesario para evaluar mi solicitud o los formularios de reclamo.

Cualquier información que Colonial Life obtenga conforme a esta autorización se utilizará con el fin de evaluar y administrar mi reclamo de beneficios, o para evaluar mi elegibilidad para el seguro, incluida la verificación y resolución de cualquier problema que pueda surgir con respecto a información incompleta o incorrecta en la solicitud o en los formularios de reclamo. Alguna de la información una vez obtenida puede no estar protegida por ciertas reglamentaciones federales que rigen la privacidad de la información de salud, pero la información es protegida por las leyes estatales de privacidad y otras leyes aplicables. Colonial Life no volverá a divulgar la información a menos que lo permitan o exijan esas leyes o que yo autorice.

También autorizo a Colonial Life a divulgar mi información a las siguientes personas (con el propósito de informar el estado del reclamo, o experiencia, o para que el beneficiario pueda llevar a cabo operaciones de atención médica, pago de reclamos, funciones administrativas o de auditoría relacionadas con cualquier beneficio, plan o Reclamación): cualquier plan de beneficios para empleados patrocinado por mí empleador; cualquier persona que brinde servicios o beneficios de seguro a (o en nombre de) mí empleador, cualquier plan o reclamo, o cualquier beneficio ofrecido por Colonial Life; o, la Administración de la Seguridad Social. Colonial Life no condicionará el pago de los beneficios del seguro basado en si autorizo a Colonial Life a volver a divulgar la información. Para los efectos de estas divulgaciones por parte de Colonial Life, esta autorización es válida por un año o por el período de tiempo permitido por la ley.

Esta autorización es válida por dos (2) años desde su ejecución o la duración de mi reclamo (para incluir cualquier revisión financiera posterior de gestión y / o recuperación de beneficios), lo que ocurra primero y una copia sea tan válida como el original. Sé que yo o mi representante autorizado, podemos solicitar una copia de esta autorización. Esta autorización puede ser revocada por mí o mi representante autorizado en cualquier momento, excepto en la medida en que Colonial Life haya confiado en la autorización antes del aviso de revocación o tenga el derecho legal de impugnar la cobertura bajo el contrato o el contrato mismo. Si no firmo esta autorización o si la cambio o la revoco, salvo lo especificado anteriormente, es posible que Colonial Life no pueda evaluar mi reclamo o elegibilidad para el seguro. Puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito al Departamento de Reclamaciones a la dirección indicada anteriormente.

Firma		fecha (MM/DD/AAAA)	
Nombre impreso del individuo sujeto a esta autorización		XXX-XX-	Cuatro últimos dígitos del SSN
		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Si corresponde, he firmado en nombre del asegurado como _____ (Escriba aquí su relación). Si es tutor legal, apoderado, conservador, beneficiario o representante personal, adjunte una copia del documento que otorga la autoridad.			
Nombre impreso del representante legal		Firma del representante legal	
		fecha (MM/DD/AAAA)	