

Asegurado: \_\_\_\_\_

N° de Cuenta/Política: \_\_\_\_\_

N.° de reclamación: \_\_\_\_\_  
(si es aplicable)

## Formulario de Reclamación de Desmembramiento Accidental - Información Importante

**Solo para residentes de Arizona:** "Por su protección, las leyes del Estado de Arizona exigen que se incluya esta declaración en el formulario. Toda persona que intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir un pago por una pérdida será sometida a sanciones penales y civiles."

**Solo para residentes de California:** "Por su protección, las leyes del Estado de California exigen que se incluya lo siguiente en este formulario. Toda persona que intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir un pago por una pérdida o beneficio o que intencionalmente presente información falsa en un formulario de seguro es culpable de un delito y podrá ser sometida a multas y encarcelamiento."

**Solo para residentes de New York:** "Toda persona que intencionalmente y con el propósito de estafar a una aseguradora u otra persona presente un formulario de seguro o declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o, con el objeto de engañar, oculte información sobre un hecho importante al respecto está incurriendo en un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también será sometida a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación."

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

**Solo para residentes de Pennsylvania:** "Toda persona que, con el propósito de estafar, presente intencionalmente un formulario o una reclamación ante una aseguradora u otra persona, que contenga información, declaraciones o hechos falsos, incompletos, engañosos o insidiosos puede ser culpable de fraude de seguro, que es un delito y somete a la persona a sanciones civiles y penales, entre las que se incluyen multas y encarcelamiento."

**Para residentes de otros estados (NOTA: Ninguno de estos avisos aplica a los residentes de Oregon):** "Cualquier persona que, con intención de defraudar, presente a sabiendas una solicitud o un reclamo a una compañía de seguros o a otra persona que contenga hechos, declaraciones o información falsos, incompletos, engañosos o que induzcan a error, o cualquier representante de seguros que lo haga ante un titular de una póliza o un reclamante en relación con un acuerdo o una indemnización pagadera con cargo a los ingresos, podrá ser denunciado ante el departamento de agencias reguladoras y podrá ser culpable de fraude de seguros, lo que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles y penales que incluyen multas y encarcelamiento."

Asegurado: \_\_\_\_\_ N° de Cuenta/Política: \_\_\_\_\_ N.° de reclamación: \_\_\_\_\_  
 (si es aplicable)

## Formulario de Reclamación de Desmembramiento Accidental - Instrucciones

1. Lea, complete, firme y feche todas las partes relevantes de la Declaración de la persona asegurada.
2. El médico que puede verificar su desmembramiento o pérdida debe completar la Declaración del médico.
3. Envíe todas las páginas del formulario de reclamación completado y firmado, además de los documentos adjuntos al Departamento de Reclamaciones de Seguro que se muestra anteriormente. Conserve una copia para su registro. Tenga en cuenta que el correo electrónico no se considera un método seguro de entrega de información personal o médica.

Aviso: No se aceptarán los formularios alterados.

### Declaración de la persona asegurada - Esta sección debe ser completada por la persona asegurada

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de correo complete	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	N.° de teléfono	Últimos 4 dígitos del SSN	

Dirección de correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

Fecha del accidente	M M / D D / A A
Fecha del desmembramiento / pérdida de la vista	M M / D D / A A

Causa del desmembramiento/pérdida de la vista \_\_\_\_\_

### Autorización - para ser completada por el asegurado. (No se acepta firma electrónica)

De conformidad con las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 CFR § 164,508, por el presente autorizo a cualquier empleador, médico, hospital, clínica, otra institución médica o relacionada con la medicina, The Medical Information Bureau Inc., agencia de informes de consumidores, compañías de seguros o reaseguradoras, aseguradora, agencia de cumplimiento de la ley, departamento de bomberos, Administración del Seguro Social, Junta de Retiro del Ferrocarril, Administración de Veteranos o cualquier otra organización o persona que tenga registros, datos o información relacionada con este reclamo para proporcionar dicho registro, datos o información a: American Health and Life Insurance Company para la administración de sus políticas o como el administrador de Merit Life Insurance Co. a los efectos del procesamiento de esta reclamación.

Entiendo y reconozco que esta autorización se extiende a la totalidad o parte de los registros que se solicitan, que pueden incluir el tratamiento de enfermedades físicas y mentales (a excepción de las notas de psicoterapia que deben solicitarse mediante una autorización por separado), el tratamiento por uso indebido de alcohol/drogas, y/o los resultados de las pruebas de VIH/SIDA o el diagnóstico y tratamiento.

Iniciales \_\_\_\_\_

Esta autorización será válida durante el plazo de vigencia del reclamo. Tengo derecho a revocar esta autorización enviando una notificación por escrito firmada y fechada a la compañía de seguros mencionada anteriormente. Una vez revocada esta autorización, la información de salud protegida sujeta a esta autorización no será utilizada ni revelada, salvo en la medida en que esta autorización ya se haya invocado. Entiendo que, al suscribir esta autorización, la información divulgada puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por las normas de privacidad promulgadas conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Entiendo que tengo derecho a conservar una copia de esta autorización e inspeccionar y recibir cualquier tipo de información divulgada en virtud de sus términos. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

**Confirmo que la información aquí indicada es correcta y está completa.**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

N° de Cuenta/Política: \_\_\_\_\_

N.° de reclamación: \_\_\_\_\_  
 (si es aplicable)

## Formulario de Reclamación de Desmembramiento Accidental - Declaración del Médico responsable

Esta sección debe ser completada por el médico responsable, sin costo alguno para la compañía.

Enfermedad  Accidente

Fecha 

M	M
---	---

 / 

D	D
---	---

 / 

A	A
---	---

Diagnóstico primario

Código(s) de ICD

Causa contribuyente/complicaciones de discapacidad

¿El/la paciente tuvo alguna vez esa misma afección o una afección similar?  Sí  No En caso afirmativo, indique cuándo.

Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o se produjo el accident \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del médico que atendió previamente al/a la paciente por la afección mencionada

### EN CASO DE PÉRDIDA DE LA VISTA

Fecha de la pérdida 

M	M
---	---

 / 

D	D
---	---

 / 

A	A
---	---

Pérdida irrecuperable

Sí  No

Graduación actual de la vista

Ojo izquierdo

/

Ojo derecho

/

### EN CASO DE PÉRDIDA DE UNA EXTREMIDAD

Fecha del desmembramiento 

M	M
---	---

 / 

D	D
---	---

 / 

A	A
---	---

Amputación en la muñeca/el tobillo o superior  Sí  No Amputación de la mano  Derecha  Izquierda Amputación del pie  Derecha  Izquierda

Nombre del hospital

Dirección de correo del médico

Ciudad

Estado

Código Postal

N.° de teléfono

N.° de fax

Dirección de correo electrónico

Nombre en letra de imprenta del médico

Firma del medico tratante

Fecha

MM / DD / AA