

# Formulario De Reclamo En Caso De Accidente

ENVÍELO POR CORREO A: Preferred Care  
1300 Virginia Drive, Suite 315  
Ft. Washington, PA 19034



**CIGNA Group Insurance**  
Life - Accident - Disability  
Life Insurance Company of North America  
CIGNA Life Insurance Company of New York

¿PREGUNTAS? CONTACTO: 1-800-222-3085

**PRECAUCIÓN:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o de ayudar a defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, (1) presente una solicitud de seguro o un reclamo que contenga información importante falsa o (2) oculte, con el objetivo de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante comete o puede estar cometiendo un fraude de seguro, que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles. **Si es residente de los siguientes estados, lea la información incluida en el reverso: CA, CO, DC, FL, NY, TN, TX y VA.**

## INSTRUCCIONES:

La póliza brinda cobertura en exceso, a menos que dicho documento indique otra modalidad. Los gastos permitidos cubiertos serán determinados una vez que otro seguro válido cobrable haya pagado los beneficios. Usted debe presentar su reclamo ante la otra aseguradora primero. El incumplimiento con planes primarios de la salud HMO/PPO reducirá las ventajas de este plan por el 50%.

- **Parte I** - A completar por el titular de la póliza.
- **Parte II** - A completar por el solicitante o, si éste es menor, por su padre, madre o tutor.
- Entregue una copia de este reclamo a todos los proveedores médicos. Pídale que primero facturen su seguro médico primario y luego el secundario a la dirección arriba consignada, o envíe una copia de las facturas detalladas, que deberán incluir el nombre del proveedor, el domicilio, el número de identificación tributaria, el diagnóstico y los códigos de procedimiento.
- Adjunte la Explicación de Beneficios, las facturas adicionales con el registro de pago o la negación de la compañía aseguradora primaria.
- Todos los beneficios serán pagados a los médicos y a los proveedores, a menos que se adjunten los recibos de pago.
- Si el padre, la madre o el tutor es empleado, pero no tiene seguro médico, deberá presentar una carta de su(s) empleador(es) en papel membretado, en la que se explique dicha situación.
- Si el padre, la madre o el tutor no tiene seguro médico, indique a continuación "No tiene otro seguro". No puede utilizarse "N/C".

Los solicitantes que reúnan los requisitos para recibir beneficios de Medicaid, antes de presentar los gastos ante esta entidad, deben solicitar los beneficios correspondientes a esta póliza.

## PARTE I - INFORME DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Nombre del titular de la póliza <b>Collective Liability Insurance Cooperative</b>		Número de póliza <b>BAB008643</b>	Nombre del distrito escolar	
Dirección del distrito escolar		Ciudad	Estado	Código postal
Contacto del distrito escolar		Nº de teléfono ( )	Nº de fax ( )	Correo electrónico
Nombre del solicitante (Apellido)			(Nombre)	
Fecha de nacimiento / /		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Grado (si corresponde)	¿Se trata del empeoramiento de una lesión anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Naturaleza de la lesión (Describa, indique en detalle la parte del cuerpo lesionada, por ejemplo, brazo quebrado, esguince de tobillo).			El estudiante, ¿sigue realizando actividades deportivas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Describa cómo sucedió el accidente, proporcione todos los detalles. Adjunte una hoja si fuese necesario. <b>DEBE TRATARSE DE UNA LESIÓN FÍSICA CAUSADA POR UN ACCIDENTE.</b>				
El accidente ocurrió: ¿Cuando el solicitante se encontraba bajo la supervisión del titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha del accidente: ____/____/____		Hora del accidente: ____
¿Durante una actividad patrocinada por el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Lugar del accidente: _____		
¿Durante el horario programado del titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha del primer tratamiento: ____/____/____		
¿Al dirigirse a una actividad patrocinada y supervisada por el titular de la póliza, o al regresar de ella? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Fuera de las instalaciones del titular de la póliza, en el hogar o durante un fin de semana, un día festivo o vacaciones de verano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Nombre y cargo de la persona que supervisaba la actividad? _____ Esta persona, ¿fue testigo del accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Firma del representante autorizado del titular de la póliza		Cargo	Fecha	

## PARTE II - A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE O, SI ÉSTE ES MENOR, POR SU PADRE, MADRE O TUTOR

Nombre del padre o tutor		Nº del seguro social	Dirección de correo electrónico		
Nombre de la madre o tutora		Nº del seguro social	Dirección de correo electrónico		
Dirección de los padres o del tutor		Ciudad	Estado	Código postal	Nº de teléfono ( )
Aseguradora del padre o tutor		Aseguradora de la madre o tutora			
Nombre y dirección del empleador de los padres y del empleador del tutor		Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

**PARTE II - A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE O, SI ÉSTE ES MENOR, POR SU PADRE, MADRE O TUTOR (Continuación)**

Liste todas las demás pólizas de seguro que tenga el solicitante.

Número de póliza

El solicitante, ¿está inscrito en algunas de las siguientes organizaciones, es miembro de ellas o participa en ellas en calidad de individuo, empleado o dependiente? Si es así, proporcione una copia de la tarjeta del seguro (*frente y dorso*).¿Organización de proveedores preferenciales (PPO) o plan de salud prepago similar?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", brinde el nombre de la PPO o de la organización. \_\_\_\_\_

¿Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o plan de salud prepago similar?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", brinde el nombre de la HMO o de la organización. \_\_\_\_\_

Si el solicitante tiene cobertura médica como dependiente de un ex cónyuge, según lo establecido en una sentencia de divorcio, brinde los siguientes

datos: Nombre del titular de la póliza

Nombre de la aseguradora

Número de póliza

**DECLARACIÓN JURADA:** Certifico que la declaración sobre el otro seguro es correcta y está completa. Entiendo que suministrar información incorrecta intencionalmente a través del correo de los Estados Unidos puede constituir un fraude y violar las leyes federales y estatales. Acepto que, si en el futuro se determinase que existen otros beneficios de seguro por cobrar en relación con este reclamo, reembolsaré a la Compañía el monto que no le correspondía pagar.

**PERMISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, médico, profesional de la salud, establecimiento médico, compañía de seguro, persona u organización, a divulgar información relacionada con los antecedentes médicos, dentales, mentales, de alcoholismo o de farmacodependencia, o con el tratamiento o los beneficios pagaderos -incluida información sobre empleo o discapacidad del paciente- a cualquier compañía de CIGNA, al administrador del plan o a sus empleados y agentes autorizados con el fin de validar y determinar los beneficios pagaderos. Estos datos pueden extraerse para ser utilizados con fines estadísticos o de auditoría. Comprendo que yo o mi representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización en caso de solicitarla. Esta autorización o una fotocopia del original serán válidas durante este reclamo.

**AUTORIZACIÓN DE PAGO:** Autorizo que todos los beneficios médicos actuales y futuros, por los servicios prestados y facturados como resultado de este reclamo, sean pagados a los médicos y proveedores indicados en las facturas.

Firma (*Padre, madre o tutor si el solicitante es menor de edad*)

Fecha

**AVISO IMPORTANTE SOBRE LOS RECLAMOS**

**Residentes de California y de Texas:** Cualquier persona que a propósito presente un reclamo de pago falso o fraudulento para cobrar una pérdida será culpable de haber cometido un delito y podría quedar sujeta a multas o encarcelamiento.

**Residentes de Colorado:** Es ilegal brindar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudarla o intentar hacerlo. Las sanciones aplicables pueden incluir encarcelamiento, multas, rechazo del seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros o agente de una aseguradora que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un reclamante con el fin de defraudarlo o intentar hacerlo en relación con un acuerdo o una compensación pagadera derivada de un seguro será denunciada ante la división de seguros de Colorado correspondiente al departamento de organismos reguladores.

**Residentes del Distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: Brindar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a ésta o a cualquier otra persona constituye un delito. Las sanciones aplicables incluyen encarcelamiento y multas. Asimismo, una aseguradora puede negarse a pagar los beneficios de un seguro si el solicitante proporcionó información importante falsa en relación con el reclamo.

**Residentes de Florida:** Toda persona que, conscientemente y con la intención de generar perjuicio, fraude o engaño a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud con información falsa, incompleta o que conduce a engaño es culpable de un delito en tercer grado.

**Residentes de Nueva York:** Toda persona que con conocimiento de causa e intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información importante falsa o que, con el fin de cometer engaño, oculte información sobre cualquier hecho significativo estará cometiendo un fraude de seguro, lo que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles que no excedan los \$5,000 y el valor establecido en el reclamo para cada una de dichas violaciones.

**Residentes de Tennessee:** Brindar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudarla constituye un delito. Las sanciones aplicables incluyen encarcelamiento, multas y rechazo de los beneficios del seguro.

**Residentes de Virginia:** Toda persona que, con intención de cometer un fraude o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, entregue una solicitud o realice un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede estar violando leyes estatales.