Seguro de Exploradores

Formulario ACE de reclamación por pérdida de miembros por accidente

Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904
TEL: 1 (888) 951-4ARM (4276) | FAX: (301) 453-7060
CORREO ELECTRÓNICO: claims@adventistrisk.org

Cómo llenar una reclamación

1. Completa todos los apartados del formulario de reclamación adjunto.
2. Adjunta los siguientes documentos:
    - Parte médico.
    - Historia clínica.
    - Informe policial, si procede.
    - Recibos médicos relacionados con el incidente.
3. Envía la reclamación completada y firmada y todos los documentos correspondientes a

Adventist Risk Management, Inc.

Claims and Legal Services

12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904

Correo electrónico: claims@adventistrisk.org

Teléfono: 1 (888) 951-4276

Fax: (301) 453-7060

4. Conserva una copia para tu expediente.

Revisa el resumen de prestaciones que te entregó tu patrón. La póliza tiene disposiciones, limitaciones y exclusiones. La compañía de seguros ACE es quien toma la decisión final sobre el pago o la denegación de todas las reclamaciones.

UN AJUSTADOR DE RECLAMACIONES SE PONDRÁ EN CONTACTO CONTIGO SI SE NECESITA MÁS INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN.

ACE American Insurance Company

Pérdida de miembros por accidente Prueba de pérdida

ENVIAR A:
Claims & Legal Services
Adventist Risk Management
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
Teléfono: (301) 680-6870
Fax: (301) 680-6878
Correo Electrónico: claims@adventistrisk.org

Nombre del grupo:

Número de póliza:

Declaración del asegurado

Nombre del asegurado	Número del seguro social	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Dirección	Empleado por		Salario anual
Ciudad	Estado	Código postal	Empleo

Describe con detalle todas tus responsabilidades

¿Cuándo ocurrió el accidente? ☐ AM ☐ PM

¿Dónde ocurrió el accidente?

¿Cómo ocurrió el accidente?

¿Qué estabas haciendo en ese momento?

¿Dónde te lesionaste?

¿Cuándo dejaste de trabajar?

Nombres y direcciones de todos los médicos consultados

Nombre	Dirección	Ciudad, Estado, Código Postal	Fecha de la consulta

¿Qué operación se realizó?

Si fue en un hospital, ¿cuál fue?

Desde:

Hasta:

Nombres y direcciones de los testigos de tu accidente

Declaración del patrón o el administrador

Número de la póliza colectiva	Número de certificado (si corresponde)	Empleo	Salario anual
Nombre del titular de la póliza colectiva	Cantidad del seguro	Duración del empleo Del: Al:	Fecha de entrada en vigor del seguro

Dirección del titular de la póliza colectiva	Si se canceló, fecha de la cancelación	Fecha del accidente	Último día de trabajo

Firma del representante oficial	Fecha de la firma

Autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica, cualquier otra instalación médica, seguro o compañía de reaseguro, agencia de informes crediticios, patrón u otras instituciones que dispongan de información sobre el diagnóstico o el tratamiento de cualquier afección física o médica o tratamiento o que tenga cualquier información no médica relativa a _____, a proporcionar a ACE American Insurance Company o a su representante legal cualquier información con el fin de valorar una reclamación de la indemnización.

Comprendo que ACE American Insurance Company empleará la información obtenida mediante el uso de esta autorización para determinar el derecho a percibir las indemnizaciones en virtud de esta póliza. ACE American Insurance Company no revelará la información obtenida a ninguna persona u organización, salvo a compañías reaseguradoras u otras personas u organizaciones que lleven a cabo tramites o servicios jurídicos o laborales relacionados con mi reclamación, o si la ley lo exige o permite conforme a mi previa autorización.

Sé que puedo solicitar recibir una copia de esta autorización.
Estoy de acuerdo con que una fotocopia de la presente autorización sea igual de válida que el original.
Estoy de acuerdo con que la presente autorización será válida durante dos años desde la fecha que aparece a continuación.
Comprendo que yo o mi representante autorizado podremos anular la presente autorización en cualquier momento entregando a la compañía de seguros una notificación por escrito con mi intención de anularla.

Firma del asegurado o el representante autorizado	Fecha

Dirección:

Alerta contra el fraude: "Es delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador con el fin de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones pueden consistir en multas o prisión. Además, una aseguradora puede negarse a otorgar la indemnización del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada directamente con una reclamación".

Declaración del médico que atendió el incidente

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento

Dirección del paciente (número y calle, ciudad, estado, código postal)

Diagnóstico:

Si la pérdida es de la vista, ¿es en los dos ojos? ☐ Si ☐ No

¿La pérdida es total e irreversible? ☐ Si ☐ No

If no, visual acuity at this time:

Si la pérdida es de la audición, ¿es en los dos oídos? ☐ Si ☐ No

¿La pérdida es total e irreversible? ☐ Si ☐ No

En caso negativo, nivel de audición en este momento:

Si la pérdida es del habla, ¿es total e irreversible? ☐ Si ☐ No

En caso negativo, nivel de habla en este momento:

Si la pérdida es de extremidades, ¿dónde está la separación?

En tu opinión, ¿la pérdida estuvo provocada por un accidente independiente del resto de motivos? ☐ Si ☐ No

En tu opinión, ¿la pérdida estuvo provocada de algún modo por una enfermedad? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indica las fechas en las que trataste esta enfermedad: ____; ____; ____

Explica cómo entiendes las causas de esta pérdida:

Fechas de tratamiento por este accidente:	(Día, Mes,Año)	(Día, Mes,Año)	(Día, Mes,Año)	(Día, Mes,Año)

Según los datos que tienes, ¿han tratado ya al paciente por este mismo padecimiento? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, especifica:

Comentarios:

Nombre (médico que atendió el incidente) – en letra de imprenta	Título profesional	Número de teléfono

Dirección del médico (número y calle, ciudad, código postal)

Firma	Fecha

Advertencia en materia de fraude: Algunos estados exigen que en todos los formularios de reclamaciones se incluyan referencias específicas al fraude relativo a cada estado, mientras que otros estados emplean unas cláusulas estándar sobre el fraude. ACE USA Accident & Health ha adoptado las referencias de alerta contra el fraude impuestas por el distrito de Columbia como su declaración estándar sobre el fraude. A menos que se indique lo contrario a continuación, esta declaración deberá incluirse en todos los formularios de reclamación, solicitudes y formularios de suscripción.

Advertencia genérica del distrito de Columbia:
Es delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador con el fin de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones pueden consistir en multas o prisión. Además, una aseguradora puede negarse a otorgar la indemnización del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada directamente con una reclamación.

Los siguientes estados nos exigen el uso de lenguaje específico para su estado:

California
Para tu protección, las leyes de California exigen que aparezca lo siguiente en este formulario:
Cualquier persona que presente deliberadamente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podría ser objeto de multas o privación de su libertad en una prisión estatal.

Colorado
Es ilegal proporcionar deliberadamente hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de defraudar o tratar de defraudar a dicha compañía. Las sanciones pueden ir desde prisión, multas, negación del seguro o daños civiles.

Florida
Cualquier persona que, deliberadamente o con intención de perjudicar, presente una reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en tercer grado.

Nueva York
Cualquier persona que, deliberadamente y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros y otra persona, presente una solicitud para un seguro o una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte cualquier dato con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho relevante, comete un acto fraudulento respecto a seguros, lo que constituye un delito y deberá acatar una sanción civil no superior a los 5.000 USD y el valor declarado de la reclamación para cada una de dichas infracciones.

Oklahoma
ADVERTENCIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con intención de perjudicar, defraude o engañe a una aseguradora y presente cualquier reclamación para la elaboración de una póliza que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Pensilvania
Cualquier persona que, deliberadamente y con intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una reclamación que contenga información sustancialmente falsa u oculte datos con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho material al respecto, comete un acto fraudulento sobre seguros, que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

Maryland y Oregón
Cualquier persona que, con intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas sería considerada culpable de fraude a un seguro.

Virginia
Cualquier persona que, con intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas habría violado la ley estatal.