Seguro de Exploradores

Formulario ACE de reclamación por gastos médicos por accidente y enfermedad

Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904
ARM TOLL-FREE #: 1-888-951-4276 | FAX #: 301-453-7060
EMAIL: claims@adventistrisk.org

Cómo llenar una reclamación

1. Completa los apartados A, B, D y E del formulario de reclamación adjunto.
    - Presenta una reclamación distinta por cada nuevo incidente (es decir, resfriado, brazo roto, etc.).
2. Adjunta los siguientes documentos:
    - Todas las facturas y recibos médicos relacionados con el incidente.
3. Envía la reclamación completada y firmada (se debe firmar en dos apartados) 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
    Phone: 1 (888) 951-4ARM (4276)
    Fax: (301) 453-7060

4. Conserva una copia para tu expediente.

Este no es un seguro médico integral. Familiarízate con el resumen de prestaciones proporcionado por la oficina de servicios de voluntariado adventista. La póliza tiene disposiciones, limitaciones y exclusiones. ACE Insurance Company toma la decisión final sobre el pago o el rechazo de las reclamaciones.

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

Formulario de reclamación de gastos médicos por accidente y enfermedad

Envía el formulario de reclamación completo con facturas y recibos pormenorizados a:
(Para acelerar el proceso, envía la reclamación por fax junto con recibos legibles).

Claims & Legal Services
Adventist Risk Management
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904

Teléfono: (301) 453-7400 | 1 (888) 951-4276
Fax: (301) 453-7060
Correo Electrónico: claims@adventistrisk.org

Responde los apartados A, B y C. Responde el apartado D si la reclamación es para una persona a tu cargo, hay otra cobertura en vigor o si la reclamación está relacionada con un accidente. Completa un formulario de reclamación por cada persona. Adjunta las facturas o los recibos y envíalo todo a la dirección que aparece en el encabezado. Ten en cuenta que se pueden escanear y enviar las reclamaciones por correo electrónico.

APARTADO A: INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO/PACIENTE			
Nombre del grupo		Número de póliza	
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento del asegurado	
Nombre del paciente		Fecha de nacimiento del paciente	
Dirección			
Indica el número de teléfono y fax, con los códigos del país y la ciudad			
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Número de fax	Correo electrónico
Nombre del gerente	Teléfono del trabajo	Número de fax	Correo electrónico

APARTADO B: INFORMACIÓN SOBRE EL VIAJE. Responde este apartado.	
Mi trabajo está en (país donde trabajas).	
Yo/nosotros me/nos fui/fuimos del país el (día/mes/año).	
Yo/nosotros visité/visitamos los siguientes países:	
Yo/nosotros espero/esperamos volver a casa el (día/mes/año)	
El propósito de mi/nuestro viaje fue:	

APARTADO C: INFORMACIÓN DE PAGO. Responde a la opción	
☐ OPCIÓN 1: Pago al ASEGURADO Indica dónde deseas que se envíe el pago y en qué divisa ☐ Tu dirección tal como aparece anteriormente. ☐ Ingreso en tu número de cuenta	
Nombre del titular de la cuenta:	Núm. de cuenta:
Nombre del banco:	Código Swift:
Dirección del banco:	Divisa:
IBAN:	
☐ OPCIÓN 2: Pago a un proveedor, p.ej., un hospital, un médico Indica el nombre y la dirección del proveedor en el apartado E de este formulario	
☐ OPCIÓN 3: Pago al patrón	
Nombre del patrón:	

Dirección del patrón:

Autorización del pago: Yo autorizo el pago directamente a mi persona, a mi patrón o al proveedor de atención médica que aparece en el apartado E de este formulario.

FIRMA DEL ASEGURADO _____ FECHA _____

Firma y divulgación del paciente (padre, madre o tutor, si la reclamación es para un menor), por la presente, certifico, según mi leal saber y entender, que este formulario de reclamación no contiene ninguna información falsa, engañosa o incompleta. Yo autorizo la divulgación de todos los expedientes u otra información que pudiera ser necesaria para determinar el pago de la reclamación.

FIRMA DEL ASEGURADO _____ FECHA _____

APARTADO D: INFORMACIÓN SOBRE OTRAS COBERTURAS Responde solo si la reclamación es para una persona a tu cargo, hay otra cobertura en vigor o si la reclamación está relacionada con un accidente o el trabajo.	
¿Dispones de otros seguros? ☐ Si ☐ No	En caso afirmativo, indica la procedencia del seguro.
¿Esta reclamación está relacionada con un accidente? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, presenta documentos relacionados con el accidente o la lesión laboral	¿Esta reclamación está relacionada con el trabajo? ☐ Si ☐ No
Si la reclamación es por un accidente, ¿tratas de conseguir el reembolso por otros medios? ☐ Si ☐ No	En caso afirmativo, indica la procedencia del seguro.
Nombre del cónyuge	Compañía de seguros del cónyuge
Patrón del cónyuge y número de teléfono	
Fecha de nacimiento de la persona a tu cargo	¿La persona a tu cargo es estudiante a tiempo completo? ☐ Si ☐ No If yes, please provide documentation of current academic registration.

APARTADO E: MÉDICO O PROVEEDOR. Responde este apartado.			
Nombre del médico o proveedor de servicios:			
Dirección:			
Núm. de teléfono:			
Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión:			
Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión:	Fecha de la primera consulta por este padecimiento:		
Fechas de ingreso en el hospital: Del al	Fecha en que pudo volver al trabajo:		
Fechas de incapacidad total: Del al	Fechas de incapacidad parcial: Del al		
Núm. de cuenta del paciente:	Cantidad abonada	Saldo pendiente	
Lugar del servicio	Código y descripción del diagnóstico		

Fecha del servicio	Código y descripción del procedimiento/Predeterminación de la indemnización	Gastos	Total de gastos

AUTORIZACIÓN y CESIÓN DE BENEFICIOS

Yo, el abajo firmante, autorizo a cualquier hospital u otra institución de atención médica, médicos u otros profesionales de la salud, farmacias, organizaciones de apoyo a los seguros, organismos gubernamentales, titular de la póliza colectiva, compañía de seguros, asociación, patrón o administrador del plan de prestaciones a que facilite a la compañía de seguros nombrada anteriormente o a sus representantes cualquier información relativa a cualquier lesión o enfermedad de la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida es la base de la reclamación, además de su historial médico o cualquier consulta, receta o tratamiento suministrados y copias de todos los expedientes médicos u hospitalarios de dicha persona, incluida la información sobre enfermedad mental y el abuso de drogas y alcohol, para determinar si es apta para el pago de la indemnización según el número de póliza indicado anteriormente. Autorizo al titular de la póliza colectiva, patrón o administrador del plan de prestaciones a que proporcione a la compañía de seguros mencionada anteriormente información financiera y relacionada con el empleo. Comprendo que esta autorización es válida durante el periodo de cobertura de la póliza mencionada anteriormente y que la copia de la presente autorización se considerará tan válida como el original.

- Estoy de acuerdo con que una fotocopia de esta autorización sea igual de válida que el original
- Comprendo que yo o mi representante autorizado podremos solicitar una copia de esta autorización.
- Comprendo que yo o mi representante autorizado podremos anular esta autorización en cualquier momento si entregamos una notificación por escrito a la compañía de seguros con mi intención de anularla.

Firma del asegurado o el representante autorizado	Parentesco, si no es el asegurado	Fecha

Dirección:

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.