



Seguro de accidentes

ACE Formulario de reclamación médica por accidente y enfermedad

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

TELÉFONO: 1 (888) 951-4ARM (4276) | FAX: (301) 453-7060

CORREO ELECTRÓNICO: claims@adventistrisk.org

Cómo presentar una reclamación

1. Complete las secciones A, B, D y E en el formulario de reclamación adjunto.
 - Por favor, complete un nuevo formulario de reclamación por cada incidente nuevo (p. ej., resfrío, fractura de brazo, etc.).
2. Adjunte los siguientes documentos:
 - Todas las facturas y recibos médicos relacionados con el incidente.
3. Envíe el formulario de reclamación completo y firmado (hay dos lugares donde debe firmar) junto con toda la documentación requerida 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) 951-4ARM (4276)

Fax: (301) 680-6878

4. Conserve una copia para sus registros.

Este no es un seguro de salud integral. Por favor, familiarícese con el resumen de beneficios suministrado por la Oficina del Servicio Voluntario Adventista. En la póliza se indican estipulaciones, limitaciones y exclusiones. ACE Insurance Company toma la determinación final acerca del pago o rechazo de todas las reclamaciones.

UN TASADOR DE RECLAMACIONES SE COMUNICARÁ CON USTED SI SE NECESITA INFORMACIÓN
O DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.

Formulario de reclamación médica por accidente y enfermedad

Por favor, envíe por correo el formulario de reclamación completo junto con facturas pormenorizadas y recibos a:

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

Teléfono: 1-888-951-4ARM (4276)

Fax: (301) 453-7060

Correo electrónico: claims@adventistrisk.org

Por favor, completar Secciones A, B y C. Complete la Sección D si la reclamación es para un dependiente, si hay otra cobertura vigente o si la reclamación está relacionada con accidente. Complete un formulario de reclamación por separado para cada persona. Adjunte facturas y/o recibos y remita a la dirección indicada antes. Tenga en cuenta que puede escanear y enviar por correo electrónico, o enviar por fax las reclamaciones.

SECCIÓN A - INFORMACIÓN DEL PACIENTE/ASEGURADO			
Nombre del grupo		Número de póliza	
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento del asegurado	
Nombre del paciente		Hgej c"fg"pcelo kgpq"fgnr celkpvk	
Dirección particular			
Suministre números de teléfono y facsímil, con códigos de país y ciudad.			
Número de teléfono particular	Número de teléfono laboral	Número de fax	Correo electrónico
Nombre del gerente	Número de teléfono laboral	Número de fax	Correo electrónico

SECCIÓN B - INFORMACIÓN DE VIAJE Por favor, completar esta sección	
El lugar de mi empresa está en (país de empleo)	
Salí/Salimos del país anterior el (día/mes/año)	
Visité/Visitamos los siguientes países	
Se espera que vuelva/volvamos de regreso el (día/mes/año)	
El propósito de mi/nuestro viaje fue	

SECCIÓN C - INFORMACIÓN DE PAGO Por favor, completar la opción N.º 1, 2 o 3	
<input type="checkbox"/> OPCIÓN N.º 1 - Pago al ASEGURADO Indique el lugar adonde desea que el pago sea enviado y en qué moneda. <input type="checkbox"/> La dirección de su casa indicada antes <input type="checkbox"/> Depósito directo a su cuenta bancaria	
Titular de la cuenta:	Cuenta N.º:
Nombre del banco:	Código Swift:
Dirección del banco:	Moneda:
IBAN:	
<input type="checkbox"/> OPCIÓN N.º 2 - Pago a un proveedor, p. ej., hospital, médico Por favor complete el nombre y la dirección del proveedor en la Sección E de este formulario de reclamación	
<input type="checkbox"/> OPCIÓN N.º 3 - Pago al empleador	
Nombre del empleador:	

Dirección del empleador:

Autorización de pago: Autorizo el pago directamente a mí, a mi empleador o al proveedor de atención médica indicado en la Sección E de este formulario de reclamación.

FIRMA
DEL ASEGURADO _____ FECHA _____

Firma y divulgación del paciente (padre, madre o tutor, si la reclamación es para un menor). Certifico, a mi leal saber y entender, que este formulario de reclamación no contiene ninguna información falsa, equívoca o incompleta. Autorizo la divulgación de todos los registros u otra información que sea necesaria para determinar el pago de la reclamación.

FIRMA
DEL PACIENTE _____ FECHA _____

SECCIÓN D - INFORMACIÓN SOBRE OTRA COBERTURA Complete únicamente si la reclamación es para un dependiente y/o si hay otra cobertura vigente o si la reclamación está relacionada con accidente o trabajo.	
¿Tiene alguna otra cobertura de seguro? En caso afirmativo, suministre la fuente del seguro. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Esta reclamación está relacionada con accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Esta reclamación está relacionada con trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, suministre los documentos relacionados con el accidente o con la lesión en el trabajo.	
Si la reclamación se debe a un accidente, ¿solicita reembolso de otra fuente? En caso afirmativo, suministre la fuente del seguro. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del cónyuge	Compañía de seguro del cónyuge
Empleador y N.º teléfono del cónyuge	
Fecha de nacimiento del dependiente	¿Su dependiente es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, suministre documentación del registro académico actual.

SECCIÓN E - MÉDICO O PROVEEDOR Por favor, completar esta sección			
Nombre del médico o proveedor de servicio			
Dirección			
Teléfono			
Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión			
Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión		Fecha de primera consulta por esta afección	
Fechas de internación en el hospital: desde hasta		Fecha en que puede volver a trabajar	
Fechas de incapacidad total: desde hasta		Fechas de incapacidad parcial: desde hasta	
N.º cuenta del paciente		Suma pagada	Saldo pendiente
Lugar de servicio		Código y descripción de diagnóstico	
Fecha de servicio	Código y descripción de procedimiento / Predeterminación de beneficios	Cargos	Cargos totales

AUTORIZACIÓN y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, el/la que suscribe, autorizo a cualquier hospital u otra institución de atención médica, médico u otro profesional médico, farmacia, organización de apoyo de seguro, organismo del gobierno, tenedor de póliza colectiva, empresa de seguros, asociación, empleador o administrador del plan de beneficios, a suministrar a la compañía de seguros mencionada anteriormente o a sus representantes, cualquier información con respecto a toda lesión o enfermedad sufrida por, la historia clínica de, o cualquier consulta, receta o tratamiento proporcionado a, la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida es el fundamento de la reclamación, como también copias de todos los registros médicos u hospitalarios de esa persona, entre ellos la información referida a enfermedad mental y uso de drogas y alcohol, para determinar su elegibilidad para el pago de beneficios bajo el número de póliza indicado anteriormente. Autorizo al tenedor de la póliza, al empleador o al administrador del plan de beneficios a suministrar información financiera y laboral a la compañía de seguros mencionada anteriormente. Entiendo que esta autorización será válida durante el plazo de cobertura de la póliza identificada anteriormente, y que se considerará que una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

- Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado podemos solicitar una copia de esta autorización.
- Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado podemos revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la compañía de seguros referida a mi intención de revocar.

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

Dirección:

Advertencia de fraude: Algunos estados requieren que se incluya una declaración sobre fraude específica exigida por el estado en todos los formularios de reclamación, mientras que otros estados utilizan una declaración de fraude general. ACE USA Accident & Health ha adoptado como declaración de fraude estándar la declaración de advertencia sobre fraude establecida por el Distrito de Columbia. A menos que se indique de otra manera a continuación, esta declaración deberá incluirse en todos los formularios de reclamación, solicitudes y formularios de inscripción.

Advertencia genérica del Distrito de Columbia:

Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía de seguros o a otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información esencialmente falsa relacionada con una reclamación.

Los siguientes estados nos han exigido que utilicemos declaraciones específicas del estado:

California

Para su protección, la ley de California exige que el siguiente texto aparezca en este formulario:

Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en la prisión estatal.

Colorado

Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden consistir en arresto, multas, denegación del seguro e indemnizaciones por daños y perjuicios.

Florida

Toda persona que, conscientemente y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamación o una solicitud que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Nueva York

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho de dicha reclamación, comete un acto fraudulento de seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente está sujeta a sanciones civiles que no exceden los \$5.000 y el valor establecido de la reclamación para cada una de dichas violaciones.

Oklahoma

ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una reclamación por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Pensilvania

Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicha reclamación, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Maryland/Oregon

Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro.

Virginia

Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presenta una solicitud o reclamación que contenga declaraciones falsas o engañosas, puede haber violado la ley estatal.