

ENVIAR POR CORREO A:
Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
Correo: claims@adventistrisk.org
Teléfono: (301) 453-7400
Fax: (301) 453-7060

NOMBRE DEL GRUPO:

NÚMERO DE PÓLIZA:

INSTRUCCIONES PARA EL TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR

Para garantizar el rápido procesamiento de este reclamo, remita el formulario de reclamo al Demandante. El empleador/administrador debe completar la PARTE A en su totalidad. Debido a cambios recientes en las leyes impositivas, el Demandante deberá completar la PARTE B. Asegúrese de que el Demandante y el Médico responsable completen en su totalidad y firmen las PARTES C y D en el reverso, respectivamente. El Demandante es responsable de que el Médico responsable complete la declaración sin gasto para la empresa.

Remita este formulario a la dirección que se indica más arriba.

Además del formulario de reclamo se requieren los siguientes ítems:
(1) Formulario de inscripción a beneficios de su empresa; (2) Confirmación de la suma asegurada y prima actual del empleado; (3) Información sobre otros seguros; (4) Si la cobertura es por viaje de trabajo, copia del itinerario del empleado antes del accidente, objetivo del viaje, destino y procedencia del viaje, y confirmación de que el viaje fue autorizado por la empresa.
Proporcione nombre de la empresa, dirección, teléfono y número de póliza.
Todas las preguntas deben responderse. Nos reservamos el derecho a exigir u obtener más información si se considera necesario.

Toda persona que, a sabiendas y/o con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podría ser culpable de fraude al seguro y estar sujeta a sanciones penales y civiles considerables.

PORTE A: INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR

DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR

NOMBRE DE LA DIVISIÓN Y DIRECCIÓN		FECHA DE CONTRATACIÓN	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADO/MIEMBRO		FECHA DEL ACCIDENTE	
FECHA EFECTIVA DE COBERTURA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO/MIEMBRO	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN DEL EMPLEADO/MIEMBRO
FECHA DE FINALIZACIÓN DE COBERTURA	CLASE DE SEGURO	SALARIO EN LA ÚLTIMA FECHA TRABAJADA (POR HORA/SEMANA/AÑO)	
BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL VIGENTE		FECHA DE ÚLTIMO AUMENTO DE BENEFICIOS	¿EL EMPLEADO/MIEMBRO RECIBE BENEFICIOS DE W.C.? SÍ NO
SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES AFIRMATIVA, INDICAR NOMBRE DE LA COMPAÑÍA		DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA	
NÚMERO DE PÓLIZA		TELÉFONO	TIPO DE BENEFICIO, SUMA DE BENEFICIO, FECHA DE VIGENCIA
ESTADO DEL EMPLEADO/MIEMBRO EN EL ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO			
☐ ACTIVO ☐ JUBILADO ☐ EXENCIÓN DE PRIMA POR DISCAPACIDAD ☐ LICENCIA APROBADA (EXPLICAR) ☐ OTRO			
ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO DEL EMPLEADO/MIEMBRO		MOTIVO POR EL CUAL EL EMPLEADO/MIEMBRO NO REGRESÓ AL TRABAJO	
EMPLEADO/MIEMBRO: ☐ POR HORA ☐ ASALARIADO ☐ COMISIONADO ☐ OTRO (EXPLICAR)			

Si el reclamo es para un dependiente, completar lo siguiente:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DEPENDIENTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN	SUMA DEL BENEFICIO
OCUPACIÓN DEL DEPENDIENTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL DEPENDIENTE	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	

FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PRECEDENTE ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER

FECHA DE LA FIRMA	LUGAR (CIUDAD, ESTADO)	TELÉFONO
TITULAR DE LA PÓLIZA COLECTIVA/EMPLEADOR		POR (SU REPRESENTANTE AUTORIZADO)

PORTE B: INFORMACIÓN IMPOSITIVA IMPORTANTE

Deberá ser completado por el Demandante

Número de seguro social/NIF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del demandante en letra de imprenta o a máquina

PARTE C: INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

¿CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?: (DESCRIBIR EN DETALLE) DESCRIBIR LESIONES RECIBIDAS.

ENUMERAR TODOS LOS MÉDICOS Y CIRUJANOS QUE ASISTIERON AL EMPLEADO/MIEMBRO POR ESTAS LESIONES

NOMBRE	DIRECCION	TELÉFONO
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO

ENUMERAR TODOS LOS TESTIGOS DEL ACCIDENTE

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO

AUTORIZACIÓN

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 del reclamo, 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 colectiva, 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. Entiendo que tanto yo como mi representante autorizado podemos solicitar una copia de esta autorización.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACION PRECEDENTE ES VERDADERA Y CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDE.

FIRMA DEL DEMANDANTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA DE LA FIRMA (MES, DÍA, AÑO)	
DIRECCIÓN DEL DEMANDANTE O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO)	TELÉFONO LABORAL ()	TELÉFONO PARTICULAR ()

PARTE D: DECLARACIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE

EL DEMANDANTE ES RESPONSABLE DE QUE SE COMPLETE ESTA DECLARACIÓN SIN GASTO PARA LA EMPRESA.

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)
---------------------	------	--

NATURALEZA DE LA LESIÓN (DESCRIBIR COMPLICACIONES, SI LAS HUBO)

¿CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?: (MES, DÍA, AÑO)	¿CUÁNDO LO CONSULTÓ EL PACIENTE POR PRIMERA VEZ POR ESTA CONDICIÓN? (MES, DÍA, AÑO)
--	---

¿LA LESIÓN ACCIDENTAL TUVO COMO CONSECUENCIA:

¿PÉRDIDA DE MANOS?	☐ DERECHA ☐ IZQUIERDA	¿EL DESMEMBRAMIENTO FUE EN LA ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA O POR ENCIMA DE ELLA?	☐ SÍ ☐ NO	FECHA DEL DESMEMBRAMIENTO	ALCANCE DEL DESMEMBRAMIENTO	
¿PÉRDIDA DEL PULGAR Y EL DEDO DE LA MISMA MANO FINGER OF SAME HAND?	☐ DERECHA ☐ IZQUIERDA	¿EL DESMEMBRAMIENTO FUE A TRAVÉS O POR ENCIMA DE LA ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA?	☐ SÍ ☐ NO	FECHA DEL DESMEMBRAMIENTO	ALCANCE DEL DESMEMBRAMIENTO	
¿PÉRDIDA DE PIES?	☐ DERECHA ☐ IZQUIERDA	¿EL DESMEMBRAMIENTO FUE EN LA ARTICULACIÓN DEL TOBILLO O POR ENCIMA DE ELLA?	☐ SÍ ☐ NO	FECHA DEL DESMEMBRAMIENTO	ALCANCE DEL DESMEMBRAMIENTO	
PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISION DE:	OJO DERECHO	☐ SÍ ☐ NO	FECHA DE PÉRDIDA	¿EL OJO FUE EXTIRPADO?	☐ SÍ ☐ NO	FECHA DE EXTIRPACIÓN
	OJO IZQUIERDO	☐ SÍ ☐ NO	FECHA DE PÉRDIDA	¿EL OJO FUE EXTIRPADO?	☐ SÍ ☐ NO	FECHA DE EXTIRPACIÓN

¿PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN DE AMBOS OÍDOS?	☐ SÍ ☐ NO	FECHA DE PÉRDIDA
¿EN SU OPINIÓN, ¿ALGUNA ENFERMEDAD, INFECCIÓN, DOLENCIA CORPORAL O MENTAL FUE LA CAUSA SUBYACENTE DE LA/S PERDIDA/S INDICADAS ANTERIORMENTE?		
¿EN SU OPINIÓN, ¿LA/S PÉRDIDA/S FUE/FUERON CONSECUENCIA DE ALGUNA LESIÓN AUTOINFLIGIDA O INTENTO DE AUTODESTRUCCIÓN?		
☐ SÍ ☐ NO		
¿SI LA/S PÉRDIDA/S INDICADA/S INCLUYE/N PÉRDIDA DE VISIÓN, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS?		
SI LA PÉRDIDA DE VISIÓN ES PARCIAL PERO IRRECUPERABLE, INDIQUE EL GRADO DE VISIÓN EN CADA OJO CON NOTACIONES SNELLEN O CON LA ESCALA JAEGER SI CORRESPONDE.		
NO CORREGIDA	CORREGIDA	FECHA DEL EXAMEN
O.D.	O.S.	O.D.
O.S.	O.D.	O.S.
¿CREE QUE LA VISIÓN PUEDE RECUPERARSE EN FORMA TOTAL O PARCIAL CON TRATAMIENTO O CON UNA OPERACIÓN?		
☐ SÍ ☐ NO		
SI SE CONTEMPLA UNA OPERACIÓN, PROPORCIONE FECHA APROXIMADA		
¿EL PACIENTE FUE INTERNADO EN UN HOSPITAL?		
☐ SÍ ☐ NO		
SI RESPONDIÓ «SI», PROPORCIONE NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.		

TRATAMIENTO

FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA	FECHAS DE LAS CONSULTAS SUBSIGUIENTES			
FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE	NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA IMPRENTA)	TÍTULO	TELÉFONO ()	FECHA
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD O PUEBLO	ESTADO O PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	

¿EL PACIENTE AÚN ESTÁ BAJO SU CUIDADO POR ESTA CONDICIÓN? ☐ SÍ ☐ NO

SI FUE DADO DE ALTA, PROPORCIONE FECHA DE ALTA: