Seguro de accidentes

ACE Formulario de reclamación por desmembramiento accidental

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 todas las secciones en el formulario de reclamación adjunto.
2. Adjunte los siguientes documentos:
    - Informe médico del doctor.
    - Registros médicos.
    - Denuncia policial, si corresponde.
    - Facturas médicas relacionadas con el incidente.
3. Envíe el formulario de reclamación completo y firmado 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) 951-4276 (4ARM)
Fax: (301) 680-6878

4. Conserve una copia para sus registros.

Por favor, familiarícese con el resumen de beneficios suministrado por su empleador. 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.

ACE American Insurance Company

Desmembramiento accidental - Prueba de pérdida

ENVIAR POR CORREO 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

Nombre del grupo:

Número de póliza:

Declaración del asegurado

Nombre del asegurado	N.° de seguro social	Fecha de nacimiento	N.° de teléfono
Dirección particular	Empleado por		Salario anual
Ciudad	Estado	Código postal	Ocupación

Describa sus distintas tareas en forma completa

¿Cuándo ocurrió el accidente? ☐ AM ☐ PM

¿Dónde ocurrió el accidente?

¿Cómo ocurrió el accidente?

¿Qué estaba haciendo usted en ese momento?

¿Qué lesión recibió?

¿Cuándo dejó de trabajar?

Nombres y direcciones de todos los médicos consultados

Nombre	Dirección postal	Ciudad, Estado, Código postal	Fecha de tratamiento

¿Qué operación se realizó?

Si fue en un hospital ¿en cuál?

Desde:

Hasta:

Nombres y direcciones de los testigos de su accidente

Declaración del empleador o del administrador

Número de póliza colectiva	Número de certificado (si corresponde)	Ocupación	Salario anual
Nombre del titular de la póliza colectiva	Suma de seguro	Tiempo trabajado Desde: Hasta:	Fecha efectiva de seguro

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

Firma del representante oficial	Fecha de la firma

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica, cualquier otro centro médico relacionado, compañía de seguros o reaseguros, agencia de informes de crédito, empleador u otra entidad que posee información sobre el diagnóstico o el tratamiento de cualquier condición física o médica o tratamiento o que tiene cualquier información no médica sobre _____, suministrar a ACE American Insurance Company o a su representante legal, cualquier información con el objetivo de evaluar una reclamación de beneficios.

Entiendo que ACE American Insurance Company utilizará la información obtenida mediante esta autorización con el fin de determinar la elegibilidad de beneficios conforme a la póliza. ACE American Insurance Company no divulgará ninguna información obtenida a ninguna persona u organización, excepto a compañías de reaseguros, u otras personas u organizaciones que realizan negocios o suministran servicios legales en relación con mi reclamación, o según lo requiera o permita la ley, o conforme yo extienda mi autorización.

Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización.
Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
Estoy de acuerdo en que esta autorización será válida durante dos años a partir de la fecha indicada a continuación.
Entiendo que puedo 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	Fecha

Dirección:

Advertencia de fraude: «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».

Declaración del médico responsable

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento

Dirección del paciente (Número y Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Diagnóstico:

Si perdió la vista, ¿la pérdida es en ambos ojos? ☐ Sí ☐ No
¿La pérdida es total e irrecuperable? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, agudeza visual en este momento:

Si perdió la audición, ¿la pérdida es en ambos oídos? ☐ Sí ☐ No
¿La pérdida es total e irrecuperable? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, audición en este momento:

Si perdió el habla, ¿la pérdida es total e irrecuperable? ☐ Yes ☐ No
En caso negativo, capacidad de habla en este momento:

Si la pérdida es de una extremidad, ¿dónde se produjo el corte?

En su opinión, ¿la pérdida fue causada por un accidente independientemente de todas las demás causas? ☐ Sí ☐ No

En su opinión, ¿la pérdida fue causada de alguna manera por enfermedad? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique las fechas en que suministró tratamiento para esta enfermedad: _____; _____; _____

Proporcione un relato del accidente tal como usted entiende que sucedió:

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

Según su conocimiento, ¿el paciente recibió tratamiento alguna vez por esta misma enfermedad? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, por favor explique:

Comentarios:

Nombre (médico responsable) en letra imprenta	Grado/Designación profesional	N.° de teléfono

Dirección del médico (Número y Calle, Ciudad, Pueblo, Código Postal)

Firma	Fecha

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