

# Combined Life Insurance Company of New York

Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 • Teléfono 1-800-951-6206 • Fax 312-351-6930

## Formulario de Reclamo de Continuación de Discapacidad

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE - FAVOR DE COMPLETAR Y DEVOLVER				
PRIMER NOMBRE		APELLIDO		S.N.
NÚMERO DE RECLAMO		NÚMERO(S) DE PÓLIZA/CERTIFICADO		
TELÉFONO PRINCIPAL				
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL				
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				
FAVOR DE DESCRIBIR CUALQUIER COMPLICACIÓN DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD DESDE EL ÚLTIMO INFORME.				
ENUMERE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS RECIBIDOS DESDE EL ÚLTIMO INFORME				
NOMBRE DEL MÉDICO		FECHAS DE TRATAMIENTO:	DESDE (MM/DD/AAAA)	HASTA (MM/DD/AAAA)
DIRECCIÓN				
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL MÉDICO		FECHAS DE TRATAMIENTO:	DESDE (MM/DD/AAAA)	HASTA (MM/DD/AAAA)
DIRECCIÓN				
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
INTERNACIÓN EN HOSPITAL DESDE EL ÚLTIMO INFORME				
NOMBRE DEL HOSPITAL				
DIRECCIÓN				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE ADMISIÓN (MM/DD/AAAA)	FECHA DE ALTA (MM/DD/AAAA)
NOMBRE DEL HOSPITAL				
DIRECCIÓN				
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE ADMISIÓN (MM/DD/AAAA)	FECHA DE ALTA (MM/DD/AAAA)
¿HA REGRESADO AL TRABAJO O A SUS ACTIVIDADES DIARIAS USUALES?			FECHA (MM/DD/AAAA)	
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI LA RESPUESTA ES "SÍ", INDIQUE LA FECHA REAL EN QUE REGRESÓ AL TRABAJO O A SUS ACTIVIDADES DIARIAS USUALES.				
SI REGRESÓ AL TRABAJO, INDIQUE UNO DE LOS SIGUIENTES: TIEMPO COMPLETO SIN RESTRICCIONES <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO CON RESTRICCIONES <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>				
SI REGRESÓ AL TRABAJO CON RESTRICCIONES O A TIEMPO PARCIAL, INDIQUE CUALES FUERON LAS RESTRICCIONES DADAS EN SU FECHA DE REGRESO AL TRABAJO.				
INDIQUE HASTA QUÉ FECHA SERÁN APLICABLES ESTAS RESTRICCIONES. (MM/DD/AAAA)				
¿HA PRESENTADO UN RECLAMO POR ALGUNO DE LOS BENEFICIOS MENCIONADOS A CONTINUACIÓN?			SI LA RESPUESTA ES "SÍ" A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES, FAVOR DE PRESENTAR UNA COPIA DE LA CARTA DE ADJUDICACIÓN O NEGACIÓN SI SE RECIBIÓ A MENOS QUE YA SE HAYA PROPORCIONADO.	
LEY DE INDEMNIZACIÓN LABORAL	sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LEY DEL SEGURO SOCIAL	sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD ESTATAL
LEY DE INDEMNIZACIÓN LABORAL	sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	LEY DEL SEGURO SOCIAL	sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD ESTATAL
FECHA (MM/DD/AAAA)		FIRMA		

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO A CARGO DE LA ATENCIÓN**

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE		APELLIDO		S.N.	EDAD
DIRECCIÓN					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NATURALEZA Y ORIGEN DE: <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> LESIÓN		DIAGNÓSTICO (DESCRIBA COMPLICACIONES, SI LAS HUBIERA)			
¿CUÁNDO APARECIERON LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? (MM/DD/AAAA)		¿CUÁNDO LO CONSULTÓ AL PACIENTE POR ESTA CONDICIÓN POR PRIMERA VEZ? (MM/DD/AAAA)		EN CASO DE UNA ENFERMEDAD ¿CUÁNDO FUE DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ? (MM/DD/AAAA)	
INDIQUE LA FECHA Y EL TIPO DE DIAGNOSTICO UTILIZADO PARA DIAGNOSTICAR LA CONDICIÓN ACTUAL. SI MÁS EXAMENES FUERON REALIZADOS, FAVOR DE INCLUIR DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO. (MM/DD/AAAA)					
¿ALGUNA VEZ HA TENIDO EL PACIENTE ESTA MISMA CONDICIÓN O UNA SIMILAR? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		(SI LA RESPUESTA ES "SÍ", DECLARE CUANDO FUE Y DESCRIBA.)			
¿CÓMO ORIGINÓ LA CONDICIÓN?			DESCRIBA TODAS CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O INFIRMIIDAD QUE AFECTA LA CONDICIÓN ACTUAL.		
NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO(S) QUIRÚRGICO U OBSTETRICO, SI LO HUBIERA. (DESCRIBIR COMPLETAMENTE)					
FECHA	PROCEDIMIENTO		REDUCCIÓN ABIERTA O CERRADA		
			ABIERTA <input type="checkbox"/> CERRADA <input type="checkbox"/>		
PROPORCIONE LAS FECHAS DE LOS TRATAMIENTOS Y LA NATURALEZA DE LOS TRATAMIENTOS QUE NO FUERON QUIRÚRGICOS.					
OFICINA	FECHA (MM/DD/AAAA)	NATURALEZA DEL TRATAMIENTO(S)			
		NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN			
SALA DE EMERGENCIAS (ER, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	FECHA (MM/DD/AAAA)	NATURALEZA DEL TRATAMIENTO			
		NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN			
CENTRO DE CUIDADO DE URGENCIAS	FECHA (MM/DD/AAAA)	NATURALEZA DEL TRATAMIENTO			
		NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN			
¿EL PACIENTE CONTINÚA BAJO SU CUIDADO?	¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO ESTUVO O ESTARÁ EL PACIENTE TOTALMENTE DISCAPACITADO (SIN PODER TRABAJAR)?		¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO ESTUVO O ESTARÁ EL PACIENTE PARCIALMENTE DISCAPACITADO (QUE SOLO PUEDA TRABAJAR A TIEMPO PARCIAL O REALIZAR DEBERES DEL TRABAJO PARCIALES)?		
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESDE (MM/DD/AAAA)	HASTA (MM/DD/AAAA)	DESDE (MM/DD/AAAA)	HASTA (MM/DD/AAAA)	
FAVOR DE INDICAR LAS RESTRICCIONES PUESTAS AL PACIENTE POR CUALQUIER DISCAPACIDAD QUE HAYA SIDO INDICADA.					
SI EL PACIENTE ESTÁ DISCAPACITADO EN LA FECHA DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ¿EXISTE UNA FECHA EN LA QUE DEBE REGRESAR AL TRABAJO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			FECHA PARA REGRESAR AL TRABAJO (MM/DD/AAAA)		
(SI LA RESPUESTA ES "SÍ", INDIQUE LA FECHA DE REGRESAR AL TRABAJO.)					
EN CASO DE HABER SIDO HOSPITALIZADO, PROPORCIONE EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Y LAS FECHA DE INTERNACIÓN.			FECHA DE ADMISIÓN (MM/DD/AAAA)	FECHA DE ALTA (MM/DD/AAAA)	
NOMBRE DEL HOSPITAL					
DIRECCIÓN					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL MÉDICO					
TÍTULO		FIRMA			
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	FECHA (MM/DD/AAAA)		SELLO	
DIRECCIÓN					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DEBE SER PROPORCIONADO BAJO AUTORIDAD DE LA SECCIÓN 6109 DEL CÓDIGO DE IMPUESTOS INTERNOS (IRS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)					
NO. DE SEGURO SOCIAL DEL PRACTICANTE INDIVIDUAL			TODOS LOS DEMÁS: NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR		

**DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR**

SI TIENE EMPLEO FUERA DEL HOGAR, SU EMPLEADOR DEBE VERIFICAR SU DISCAPACIDAD AL COMPLETAR LA SECCIÓN C: DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR. FAVOR DE TOMAR EN CUENTA: SI EL ASEGURADO ES UN ESTUDIANTE, EL DIRECTOR DE LA ESCUELA DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN.

PRIMER NOMBRE DEL EMPLEADO	APELLIDO	S.N.
----------------------------	----------	------

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------	--------	---------------

NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	NÚMERO DE RECLAMO (SI ESTÁ DISPONIBLE):
--------------------	---	---

FECHA DEL ÚLTIMO DÍA QUE TRABAJÓ (MM/DD/AAAA) / /	FECHA EN QUE REGRESÓ A TRABAJAR (MM/DD/AAAA) / /	TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>	INGRESOS MENSUALES \$ ,
--	---	--	----------------------------

NÚMERO(S) DE PÓLIZA			
---------------------	--	--	--

OCUPACIÓN DEL EMPLEADO	DESCRIPCIÓN DE LOS DEBERES PRINCIPALES DE LA OCUPACIÓN
------------------------	--

¿SE PRESENTÓ UN RECLAMO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL POR ESTA DISCAPACIDAD? SÍ  NO  ¿SE PAGÓ? SÍ  NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", PORPORCIONE EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL PORTADOR DE COMPENSACIÓN. TAMBIÉN ENVÍE EL INFORME INICIAL DE LA LESIÓN.

NOMBRE
--------

DIRECCIÓN
-----------

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------	--------	---------------

NÚMERO DE TELÉFONO
--------------------

**EXIGENCIAS FÍSICAS DEL TRABAJO (HH = horas, MM = minutos)**

SENTADO     POR DÍA CAMINANDO     POR DÍA SUBIENDO/BAJANDO ESCALERAS     POR DÍA MANEJANDO     POR DÍA

H H M M H H M M H H M M H H M M

LEVANTANDO:  MENOS DE 15 LIBRAS  15 A 45 LIBRAS  MÁS DE 45 LIBERAS AGACHADO/INCLINADO:  NADA  RARAMENTE  CON FRECUENCIA

<b>DISCAPACIDAD TOTAL:</b> ¿CUÁLES SON LAS FECHAS EN LAS QUE EL EMPLEADO NO PUDO REALIZAR SUS DEBERES?	<b>DISCAPACIDAD PARCIAL:</b> ¿CUALES SON LAS FECHAS EN LAS QUE EL EMPLEADO SOLO PUDO REALIZAR SUS DEBERES PARCIALMENTE?
DESDE (MM/DD/AAAA)                      HASTA (MM/DD/AAAA) / /    / /	DESDE (MM/DD/AAAA)                      HASTA (MM/DD/AAAA) / /    / /

DURANTE LA DISCAPACIDAD PARCIAL, EL EMPLEADO RECIBIÓ 75% O MÁS DE SUS INGRESOS PREVIOS A LA DISCAPACIDAD? SÍ  NO  SI LA RESPUESTA ES "NO", ¿CUÁL FUE EL PORCENTAJE? \_\_\_\_\_ %

DESCRIPCIÓN DE LOS DEBERES REALIZADOS (SI ESTÁ EN UNA DISCAPACIDAD PARCIAL)
---

NOMBRE DE CONTACTO DEL EMPLEADOR	CARGO DEL CONTACTO	FECHA (MM/DD/AAAA) / /
----------------------------------	--------------------	---------------------------

FIRMA	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
-------	--------------------	---------------



# Combined Life Insurance Company of New York

Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 • Teléfono 1-800-951-6206 • Fax 312-351-6930

---

## CONSENTIMIENTO A TRANSACCIONES, PAGOS Y FIRMAS ELECTRÓNICAS

### 1. Consentimiento a las transacciones electrónicas

Al firmar y fechar este formulario, usted reconoce, acuerda y acepta, por medio de Combined Life Insurance Company of New York ("Combined"), el uso de transacciones electrónicas, firmas electrónicas y el recibo de la versión electrónica de ciertos documentos y registros, incluyendo pero no limitado a la entrega de pólizas, reconocimientos, avisos (incluyendo, sin limitación, avisos de privacidad), formularios, facturas, explicación de beneficios, documentación de pruebas de pérdida, documentación de reclamos, comunicados, autorizaciones para obtener registros médicos, declaraciones juradas y divulgaciones, a medida que la ley lo permita. Los documentos electrónicos serán enviados en línea a su cuenta de auto-servicio de Combined. Será notificado por correo electrónico cuando hayan sido enviados. Este consentimiento, a menos que sea retirado, aplica a todas las transacciones entre usted y Combined.

Usted reconoce específicamente, como parte del consentimiento, que ciertos documentos enviados electrónicamente tendrán información confidencial e información relacionada a asuntos financieros personales ("Información financiera personal") y otra información de identificación personal; y da consentimiento a la entrega de tal información confidencial, información financiera personal e información de identificación personal por medios electrónicos. El consentimiento que usted otorgue permanecerá vigente hasta que usted lo retire.

Usted reconoce específicamente, como parte de su consentimiento, que reemplazaremos la entrega de cualquier documento impreso en particular, a nuestra entera discreción, a medida que la entrega electrónica de documentos en particular esté disponible y consintamos en entregarle los documentos de la siguiente manera: Es posible que le enviemos un correo electrónico transmitiendo dichos documentos, ya sea como texto, archivos adjuntos y/o hipervínculos de dichos correos electrónicos. Tales correos electrónicos serán enviados a la dirección de correo electrónico que tenemos registrado para usted. Usted es responsable de proporcionarnos con una dirección de correo electrónico válida al que tiene acceso regularmente y usted es responsable de notificarnos de inmediato cualquier cambio de dirección de correo electrónico. Puede realizar cambios a su correo electrónico a través de nuestro portal de auto-servicio en <https://my.combinedinsurance.com> o llamando al Departamento de atención al cliente.

Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones de Combined en forma impresa. Puede retirar este consentimiento en cualquier momento. Para retirar su consentimiento, puede llamar a nuestro Departamento de atención al cliente al 1-800-951-6206, de lunes a viernes entre 7:30 am y 6:00 pm CST o puede ir al enlace de la página [www.combinedinsurance.com/us-es/contact-us](http://www.combinedinsurance.com/us-es/contact-us) para llenar y enviar un formulario de consultas generales. Su retiro, de ninguna manera, afectará ni cambiará la efectividad, validez o exigibilidad legal de cualquiera de los documentos que fueron entregados a usted electrónicamente antes de que su retiro se hiciera efectivo.

Para solicitar, sin cargo alguno, una copia impresa de cualquier documento que le fue originalmente proporcionado electrónicamente, llame a nuestro Departamento de atención al cliente.

### 2. Consentimiento a los pagos electrónicos

Si presenta un reclamo pagadero, Combined puede ofrecerle la opción de que reciba su pago de beneficios electrónicamente por medio de una transferencia bancaria a una cuenta corriente, una transferencia a una cuenta de PayPal, o una transferencia a una tarjeta de débito (según esté disponible). Combined no impondrá ninguna tarifa por su elección de aceptar su pago de forma electrónica, pero su institución financiera puede imponer una tarifa o cargo. Al firmar y fechar este formulario, está aceptando esta oferta y consintiendo a aceptar el pago de beneficios electrónicamente. El consentimiento de aceptar el pago de manera electrónica es voluntario. Sus pagos recibidos a través de transferencias electrónicas pueden estar sujetos a acciones de embargo o embargo si su cuenta está sujeta a la misma.

Si alguna porción de su reclamo es pagadera, recibirá un correo electrónico con un enlace para configurar una cuenta y proporcionar la ruta y el número de cuenta del banco u otra cuenta donde desee que sean depositados los fondos. Si no configura una cuenta y proporciona la información de la misma dentro de tres (3) días calendario, emitiremos automáticamente el pago mediante un cheque enviado por correo a la dirección que figura en el registro.

Los fondos no reclamados están sujetos a las leyes aplicables relativas a la propiedad no reclamada.

Al firmar y fechar este formulario, usted certifica que es el Asegurado principal de la cobertura por la cual se presentó el reclamo.

