

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL

**No llenar este formulario totalmente puede resultar en un atraso en el trámite de esta reclamación.**

**RECLAMACIÓN SOMETIDA POR** (marque todas las que correspondan):

Sólo Lesión Accidental   
  Lesión e Incapacidad   
  Lesión y Hospitalización   
  Fallecimiento - Fecha de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

| Accidente<br>Número de Póliza | Incapacidad de Corto<br>Plazo<br>Número de Póliza | Indemnización por<br>Hospitalización<br>Número de Póliza | Cuidados Intensivos<br>en un Hospital<br>Número de Póliza | Seguro de Vida<br>Número de Póliza | Incidente de Salud<br>Específico<br>Número de Póliza |
|-------------------------------|---|--|---|------------------------------------|--|
|                               |   |  |   |                                    |  |

**INSTRUCCIONES:**

- Llene la **Sección A: Información de (el/la) Paciente/Asegurado(a)**.
- Pida a su médico que llene la Sección B: Declaración del Médico. Si está reclamando por incapacidad, su médico también debe llenar y firmar la Sección C: Declaración del Médico Referente a la Incapacidad.
- Si está reclamando por incapacidad, pida a su patrono/empleador que llene y firme la Sección D: Declaración del Patrono/Empleador Referente a la Incapacidad.
- Asegúrese de firmar su reclamación en la parte inferior de la página 1.

**NOTAS ADICIONALES:**

- Presente todas las facturas relacionadas con esta reclamación, entre ellas ambulancia, visitas de seguimiento, terapia física, etc. Todas las facturas deben estar bien detalladas e incluir el diagnóstico, los servicios recibidos, y los costos reales de dichos servicios.
- Si le atendieron en una sala de emergencias, envíenos una copia del informe de la sala de emergencias.
- Requerimos una copia del informe policiaco para todos los casos de reclamaciones por accidentes de vehículos de motor o de cualquier otro incidente que sea investigado por cualquiera de las agencias que enfuerzan la ley.
- Envíe una copia de la factura del hospital que indique el número de días de su hospitalización.
- Si estuvo recluido(a) en una unidad de cuidados intensivos, por favor envíe una copia de la factura del hospital que muestre los cargos facturados y el número de días de su reclusión en la unidad de cuidados intensivos. Su reclamación por cuidados intensivos no se puede tramitar sin la factura del hospital.
- Favor de incluir una copia certificada del acta de defunción si el(la) paciente ha fallecido.
- **Asegúrese de identificar todos sus documentos con su(s) número(s) de póliza(s).**

**SECCIÓN A: INFORMACIÓN DE (EL/LA) PACIENTE/ASEGURADO(A)**

| INFORMACIÓN DE (EL/LA) ASEGURADO(A)   |  |   |
|---|--|---|
| APELLIDO  | NOMBRE   | INICIAL   |
| NÚM. SEGURO SOCIAL (opcional)   | FECHA DE NACIMIENTO  | NÚM. DE TELÉFONO<br>(     )                                     |
| DIRECCIÓN POSTAL  |  | <input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI ES UNA NUEVA DIRECCIÓN. |
| CIUDAD  | ESTADO   | ZONA POSTAL   |
| EMPRESA DONDE TRABAJA   | NÚM. DE TELÉFONO<br>(     )  |   |
| DIRECCIÓN POSTAL  |  |   |
| CIUDAD  | ESTADO   | ZONA POSTAL   |
| INFORMACIÓN DE (EL/LA) PACIENTE   |  |   |
| APELLIDO  | NOMBRE   | INICIAL   |
| NÚM. SEGURO SOCIAL (opcional)   | FECHA DE NACIMIENTO  |   |
| <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO | PARENTESCO CON EL(LA) ASEGURADO(A): <input type="checkbox"/> MISMO(A) <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE - MARQUE AQUÍ SI EL(LA) DEPENDIENTE ESTUDIA A TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> |   |

Fecha del incidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Describa dónde y cómo ocurrió el incidente: \_\_\_\_\_

\*\* esta lesión fue resultado de un accidente automovilístico, se requiere que presente copia del informe policiaco.\*\*

**Para su protección, la ley en California requiere que se declare lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de alguna pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.**

**FIRMA DEL RECLAMANTE**

**PARENTESCO, SI NO ES EL(LA) ASEGURADO(A)**

**FECHA**

American Family Life Assurance Company of Columbus (Aflac)

Atención: Departamento de Reclamaciones • Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, GA 31999

Para obtener información, llame gratis al 1-800-SI-AFLAC (1-800-742-3522) en español • Visite nuestro web site en aflac.com

Línea gratuita para facsímiles 1-877-44-AFLAC (1-877-442-3522)

# LESIÓN ACCIDENTAL - DECLARACIÓN DEL MÉDICO REFERENTE A LA INCAPACIDAD

No llenar este formulario totalmente puede resultar en un atraso en el trámite de esta reclamación.

Para su protección, la ley en California requiere que se declare lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de alguna pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado(a): \_\_\_\_\_

Nombre de el(la) paciente(a): \_\_\_\_\_

## SECCIÓN B: DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Favor de responder cada pregunta **COMPLETAMENTE**.

|                   |                            |                       |             |
|-------------------|----------------------------|-----------------------|-------------|
| NOMBRE DEL MÉDICO | NÚM. DE TELÉFONO<br>(    ) | NÚM. DE FAX<br>(    ) |             |
| DIRECCIÓN POSTAL  | CIUDAD                     | ESTADO                | ZONA POSTAL |

| FECHAS DE SERVICIO | DIAGNÓSTICO<br>CÓDIGO ICD | DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO | CÓDIGO DE<br>PROCEDIMIENTO | DESCRIPCIÓN DEL<br>PROCEDIMIENTO |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| / /                |                           |                             |                            |                                  |
| / /                |                           |                             |                            |                                  |
| / /                |                           |                             |                            |                                  |
| / /                |                           |                             |                            |                                  |

Fecha del incidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Describe dónde y cómo ocurrió el incidente: \_\_\_\_\_

¿Estuvo el(la) paciente hospitalizada como resultado de este diagnóstico?  Sí  No

Fecha de Admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN MÉDICO: Si el(la) paciente se encuentra incapacitado(a), por favor llene TAMBIÉN la SECCIÓN C a continuación.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NÚM. DE IDENTIFICACIÓN CONTRIBUTIVA

## SECCIÓN C: DECLARACIÓN DEL MÉDICO REFERENTE A LA INCAPACIDAD El médico o el personal del médico debe llenar esta información.

1. Primer día de la incapacidad: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Última fecha de tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. ¿Se encuentra el(la) paciente trabajando actualmente?  a tiempo completo?  a tiempo parcial?  realizando trabajo liviano?

Fecha en que fue dado(a) de alta para regresar a trabajar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Si el(la) paciente no ha sido dado(a) de alta para regresar a trabajar o si está realizando trabajo liviano, indique la fecha de la próxima cita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. Si el(la) paciente no se encuentra empleado(a) o si está empleado(a) por menos de 30 horas a la semana, ¿cuáles son las Actividades de la Vida Diaria (ADL por sus siglas en inglés) que no puede realizar y para las que siempre necesita la asistencia de otra persona? Marque e inicie todas las que corresponden:

Continencia  Transferencia  Vestirse  Usar el baño  Alimentarse  Bañarse (PA only)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NÚM. DE IDENTIFICACIÓN CONTRIBUTIVA

**Favor de leer detenidamente y firmar la autorización adjunta. Se incluyen dos copias: devuelva una copia a Aflac y guarde la otra en sus récords. Al devolver su autorización firmada junto con su reclamación, nos ayuda a tramitar su reclamación de la manera más pronta y eficiente posible.**

American Family Life Assurance Company of Columbus (Aflac)

Atención: Departamento de Reclamaciones • Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, GA 31999

Para obtener información, llame gratis al 1-800-SI-AFLAC (1-800-742-3522) en español • Visite nuestro web site en aflac.com

Línea gratuita para facsímiles 1-877-44-AFLAC (1-877-442-3522)

# LESIÓN ACCIDENTAL - DECLARACIÓN DEL PATRONO REFERENTE A LA INCAPACIDAD

No llenar este formulario totalmente puede resultar en un atraso en el trámite de esta reclamación.

Para su protección, la ley en California requiere que se declare lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presenta una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de alguna pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado(a): \_\_\_\_\_  
Nombre de el(la) paciente(a): \_\_\_\_\_

**SECCIÓN D: DECLARACIÓN DEL PATRONO/EMPLEADOR REFERENTE A LA INCAPACIDAD Favor de llenar esta sección si se está presentando una reclamación por incapacidad.**

|                              |                         |                    |
|------------------------------|-------------------------|--------------------|
| NOMBRE DEL PATRONO/EMPLEADOR | NÚM. DE TELÉFONO<br>( ) | NÚM. DE FAX<br>( ) |
| DIRECCIÓN POSTAL             | CIUDAD                  | ESTADO POSTAL ZONA |

- Fecha de contratación de (el/la) empleado(a): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha inicial de la incapacidad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Fecha en que el(la) empleado(a) regresó (o espera regresar) a trabajar tiempo completo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- ¿Se encuentra la persona todavía empleada?  Sí  No Si responde "No", indique la fecha en que terminó el empleo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Número de horas trabajadas por semana antes de esta incapacidad: \_\_\_\_\_ Salario anual básico (antes de la incapacidad): \$ \_\_\_\_\_
- ¿Fue esta incapacidad el resultado de un incidente ocurrido en el trabajo?  Sí  No
- ¿Ha regresado el(la) empleado(a) a trabajar?  Sí  No Si responde "Sí", ¿se encuentra el(la) empleado(a) trabajando:  
 a tiempo completo?  a tiempo parcial?  realizando trabajo liviano?
- Fecha en que el(la) empleado(a) comenzó a realizar trabajo liviano? : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- ¿Se encuentra el(la) empleado(a) actualmente devengando por lo menos 80% de su salario antes de la incapacidad?  Sí  No
- ¿Paga el empleado las primas de la Cláusula Adicional de Incapacidad por Enfermedad o del Seguro de Incapacidad de Corto Plazo con dólares devengados antes de deducir los impuestos?  Sí  No (Favor de comunicarse con el departamento de nóminas y/o verifique la tarjeta

**SRA/PDA de su patrono para la contestación a esta pregunta.)**

- ¿Paga el patrono/empleador una porción de la prima de incapacidad para el(la) empleado(a)?  Sí  No  
Si responde "Sí", ¿qué porcentaje paga? \_\_\_\_\_ %
- El(la) empleado(a) está (marque todas las que correspondan)  Exento(a) de Seguro Social  Exento(a) de Medicare  Sujeto(a) a RRTA

**Por favor observe:**

Se requiere que el patrono/empleador informe los beneficios por incapacidad otorgados en los planes pagados antes de los impuestos en su Formulario 941 y en el Formulario W-2 de (el/la) empleado(a).

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PATRONO/EMPLEADOR TÍTULO FECHA

**Favor de leer detenidamente y firmar la autorización adjunta. Se incluyen dos copias: devuelva una copia a Aflac y guarde la otra en sus récords. Al devolver su autorización firmada junto con su reclamación, nos ayuda a tramitar su reclamación de la manera más pronta y eficiente posible.**



Número de la Póliza:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

# AU

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo, por la presente, a todos los nombrados a continuación a divulgar información (según se describe abajo) a American Family Life Assurance Company of Columbus (Aflac), o a cualquier persona o entidad que actúe en su nombre: cualquier profesional médico, institución de cuidado médico, aseguradora (incluyendo a Aflac, respecto a otras coberturas de seguro de Aflac), reaseguradoras, agencias de gobierno (incluyendo los departamentos de seguridad pública y de vehículos motorizados), agencias de informes del consumidor o empresas/patronos o empleadores. "Información" se refiere a hechos u opiniones relacionadas con mi salud o condición física o mental en el pasado, presente o futuro (excluyendo las notas o apuntes de psicoterapia), de mi empleo u otras coberturas de seguro así como cualquier dato que no sea de índole médica y que Aflac considere apropiada para evaluar los beneficios una reclamación para el pago de beneficios durante el periodo de tiempo que esta autorización sea válida. Entiendo que cualquier información divulgada a Aflac, con el propósito de evaluar una reclamación para el pago de beneficios de una cobertura de seguro que no sea un plan de cobertura para la salud, significa que dicha información podría cesar de estar protegida por las leyes federales que protegen la privacidad. Entiendo además que, no obstante, dicha información podrá volver a ser divulgada, únicamente, de acuerdo a otras leyes o reglas que correspondan.

Entiendo que Aflac usará esta información para evaluar las reclamaciones de beneficios.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida que (1) Aflac haya tomado acción basada en esta autorización, o (2) otra ley que le provea a Aflac el derecho a refutar una reclamación bajo la póliza o la póliza misma. Mi revocación deberá ser presentada por escrito a la Sede Mundial de Aflac, Claims Department (Departamento de Reclamaciones), Sede Mundial, 1932 Wynnton Road, Columbus, GA 31999.

Estoy de acuerdo con que esta autorización caduque dos años después de la fecha indicada abajo, a menos que sea revocada por mí.

Estoy de acuerdo con que una copia de esta autorización es tan válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde

Persona Asegurada / su tutor o guardián / su representante

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde

Si esta autorización hubiera sido firmada por el representante legal de un asegurado, debe establecer a continuación su autoridad para actuar en nombre de dicha persona:



Número de la Póliza:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

# AU

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo, por la presente, a todos los nombrados a continuación a divulgar información (según se describe abajo) a American Family Life Assurance Company of Columbus (Aflac), o a cualquier persona o entidad que actúe en su nombre: cualquier profesional médico, institución de cuidado médico, aseguradora (incluyendo a Aflac, respecto a otras coberturas de seguro de Aflac), reaseguradoras, agencias de gobierno (incluyendo los departamentos de seguridad pública y de vehículos motorizados), agencias de informes del consumidor o empresas/patronos o empleadores. "Información" se refiere a hechos u opiniones relacionadas con mi salud o condición física o mental en el pasado, presente o futuro (excluyendo las notas o apuntes de psicoterapia), de mi empleo u otras coberturas de seguro así como cualquier dato que no sea de índole médica y que Aflac considere apropiada para evaluar los beneficios una reclamación para el pago de beneficios durante el periodo de tiempo que esta autorización sea válida. Entiendo que cualquier información divulgada a Aflac, con el propósito de evaluar una reclamación para el pago de beneficios de una cobertura de seguro que no sea un plan de cobertura para la salud, significa que dicha información podría cesar de estar protegida por las leyes federales que protegen la privacidad. Entiendo además que, no obstante, dicha información podrá volver a ser divulgada, únicamente, de acuerdo a otras leyes o reglas que correspondan.

Entiendo que Aflac usará esta información para evaluar las reclamaciones de beneficios.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida que (1) Aflac haya tomado acción basada en esta autorización, o (2) otra ley que le provea a Aflac el derecho a refutar una reclamación bajo la póliza o la póliza misma. Mi revocación deberá ser presentada por escrito a la Sede Mundial de Aflac, Claims Department (Departamento de Reclamaciones), Sede Mundial, 1932 Wynnton Road, Columbus, GA 31999.

Estoy de acuerdo con que esta autorización caduque dos años después de la fecha indicada abajo, a menos que sea revocada por mí.

Estoy de acuerdo con que una copia de esta autorización es tan válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde

Persona Asegurada / su tutor o guardián / su representante

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde

Si esta autorización hubiera sido firmada por el representante legal de un asegurado, debe establecer a continuación su autoridad para actuar en nombre de dicha persona:

**FAVOR DE CONSERVAR ESTA COPIA PARA SUS EXPEDIENTES**