



OFICINA CENTRAL: 120 Royall Street • Canton, MA 02021

ADMINISTRADA POR: PHILADELPHIA AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY

PO Box 34952 • Omaha, NE 68134-9832 • TEL 1-888-453-5120 • FAX 1-888-453-5127

FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.[®]

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR ACCIDENTE

INSTRUCCIONES:

1. Asegúrese de responder todas las preguntas de este formulario.
2. Si le solicitamos un formulario de autorización, complete, firme y coloque la fecha en el formulario de autorización que hemos incluido.
3. Para reclamaciones por **Accidentes**, adjunte facturas detalladas del hospital, facturas de médicos o el historial médico que documenten las lesiones y el tratamiento recibido.
4. Para reclamaciones por **Enfermedad - Hospitalización**, adjunte la factura detallada del hospital y los expedientes médicos que documenten el motivo de la internación.
5. Para reclamaciones por **Exámenes de salud o Exámenes preventivos**, marque esta casilla y adjunte la factura detallada o la documentación médica que demuestre que se sometió a un examen preventivo de salud cubierto.
6. Lea los Avisos de fraude.
- 7. Envíe toda la correspondencia y el formulario de reclamación completado a PO Box 34952, Omaha NE 68134-9632 o envíe un fax a 1-888-453-5127.**

Nombre completo del asegurado _____ N.º de póliza/certificado _____

Dirección _____ N.º de teléfono durante el día _____
 CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL Marque si esta es una dirección nueva N.º de Seguro Social del Asegurado. _____Dirección postal (*si es diferente*) _____

Nombre y número de teléfono del empleador _____

Nombre completo del reclamante (*Paciente*) _____ Fecha de nacimiento del reclamante _____ Relación con el asegurado _____

Complete este formulario en su totalidad y proporcione la información adicional solicitada en el cuadro de instrucciones para evitar demoras en el procesamiento de su reclamación.

1. COMPLETE ESTA SECCIÓN SI LA RECLAMACIÓN ES POR UN ACCIDENTE:

Indique la fecha del accidente ____ / ____ / ____ Lugar del accidente _____

Explique cómo ocurrió el accidente (*si se debe a un accidente automovilístico, adjunte una copia del informe del accidente*) _____

Enumere todas las lesiones recibidas _____

¿Ocurrió el accidente mientras trabajaba por paga o por ganancias? Sí No

En caso afirmativo, ¿el accidente estaba cubierto por alguna ley estatal o federal de indemnización del trabajador, responsabilidad del empleador o enfermedad laboral?

 Sí No

Nombre y dirección del médico tratante _____

Responda solo si está cubierto por un Certificado de Accidente Grupal:
¿Ocurrió el accidente mientras participaba en un deporte organizado? Sí No

Deporte organizado: se refiere a una competencia o práctica organizada para la competencia a nivel aficionado. La competencia debe regirse por un conjunto de reglas escritas, ser presidida por alguien certificado para actuar en esa capacidad y supervisada por una entidad legal como un sistema de escuelas públicas o una liga deportiva amateur. La entidad legal debe tener un conjunto de estatutos y la competencia debe realizarse en una superficie de juego reglamentaria. El Deporte organizado no incluye los deportes profesionales y excluye los deportes para los cuales el Asegurado es elegible para recibir una compensación financiera por su participación o desempeño.

2. COMPLETE ESTA SECCIÓN SI PRESENTA UNA RECLAMACIÓN BAJO EL ANEXO DE BENEFICIOS DE INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL POR ENFERMEDAD:

Se está presentando una reclamación por afección para _____

Fecha en que notó los síntomas por primera vez ____ / ____ / ____

Nombres y direcciones de los médicos que lo atendieron _____

Anote el nombre y la dirección de su médico de cabecera o familiar _____

RESPONDA LO SIGUIENTE PARA AMBAS RECLAMACIONES POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD:

3. ¿Ha tenido el paciente alguna vez la misma afección u otra similar? Sí No En caso afirmativo, proporcione detalles _____

4. ¿Ha recibido el paciente otro tratamiento médico durante los últimos cinco años? Sí No

En caso afirmativo, describa las condiciones y enumere los nombres y direcciones de los médicos consultados y las fechas de las visitas _____

5. ¿Fue hospitalizado el paciente como resultado de esta reclamación? Sí No

En caso afirmativo, proporcione el nombre y la dirección del hospital _____

Fecha de admisión ____ / ____ / ____

Fecha de alta ____ / ____ / ____

6. Si su póliza fue emitida con un Anexo de beneficio de exención de prima, responda lo siguiente:

¿El Pagador de esta póliza tiene una incapacidad total o permanente? Sí No

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles. Al firmar a continuación, usted acepta bajo pena de perjurio, que la información en esta declaración es completa y verdadera a su leal saber y entender. Consulte el folleto "Avisos de advertencia de fraude" de su estado.

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas.

Fech ____ / ____ / ____ Firma del asegurado _____

Si tiene preguntas sobre las reclamaciones, llame a la línea gratuita 1-888-453-5120

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Boston Mutual Life Insurance Company
(En lo sucesivo, "nosotros", "nos", "nuestro/a")



FAMILY MATTERS. NO MATTER WHAT.[®]

PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN

Para proteger su información personal no pública, mantenemos: salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento.

RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN

Recopilamos información sobre usted para realizar negocios. Tales usos son: procesar solicitudes de productos de seguros, proporcionar servicio al cliente, procesar reclamaciones, cumplir con requisitos legales y regulatorios y con otros fines legales. Recopilamos esta información de usted, así como de otras fuentes. Restringimos el acceso a su información a aquellos que trabajan en nuestro nombre, que necesitan conocerla para poder brindarle productos y servicios. Les exigimos que mantengan la información de manera segura y confidencial.

► ***La información que recopilamos puede incluir la totalidad de los datos que usted comparte con nosotros, incluyendo, a modo enunciativo:***

- su nombre
- su dirección
- su número de teléfono
- su fecha de nacimiento
- su número de seguro social o identificación tributaria
- el nombre de su empleador e ingresos
- los datos del beneficiario
- los números de sus cuentas financieras
- su información de su salud
- y demás datos que comparta con nosotros

► ***También podemos recopilar información que recibamos de otras fuentes, según lo permitido por la ley, como por ejemplo:***

- información de salud
- información de informes del consumidor conforme a la Ley de Informes de Crédito Justos
- información de participantes de las organizaciones que compran productos o servicios nuestros en beneficio de sus miembros o empleados, como el seguro grupal
- información para ayudarnos a cumplir con las leyes estatales y federales

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

No compartimos información sobre nuestros clientes o antiguos clientes con nadie, excepto según lo permitido o requerido por la ley.

► ***Podemos compartir su información con terceros sin su autorización si la ley así lo permite. Dicha información es utilizada en nuestro nombre por terceros para:***

- procesar o llevar a cabo sus transacciones de seguro con nosotros
- realizar la suscripción, mantenimiento de cuentas, administración y funciones de reclamaciones
- brindar servicio al cliente o cobertura de reaseguro
- prevenir el fraude
- realizar otras funciones comerciales en nuestro nombre

► ***También podemos compartir su información con:***

- una agencia de informes del consumidor de acuerdo con la Ley de Informes de Crédito Justos
- un tercero para cumplir con las leyes, citaciones federales, estatales o locales
- órganos reguladores
- o según lo permitido o requerido por la ley.

Los terceros que reciben información de nosotros están obligados a: mantener la confidencialidad y cumplir con todas las leyes de privacidad federales y estatales aplicables.

ACCESO A LA INFORMACIÓN QUE TENEMOS SOBRE USTED EN NUESTROS REGISTROS

Tiene derecho a solicitar acceso a toda la información que tenemos sobre usted. Debe realizar su solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación.

ENMIENDAS A SU INFORMACIÓN

Tiene derecho a solicitar una enmienda, corrección o eliminación de la información que tenemos sobre usted y que cree que puede ser inexacta. No estamos obligados a actualizar sus datos en función de su solicitud. Debe realizar la solicitud por escrito e indicar los motivos por los que solicita el cambio. Escríbanos a la dirección que aparece abajo.

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, escríbanos a:

Boston Mutual Life Insurance Company
Attention: Privacy Office
120 Royall Street • Canton, MA 02021

AVISOS DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE – Para uso con formularios de reclamos
LEA EL AVISO DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDES CORRESPONDIENTE A SU ESTADO

ALABAMA: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser objeto de restitución, multas o reclusión en prisión, o cualquier combinación de ambos.

ALASKA: Una persona que, en forma deliberada y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación con información falsa, incompleta o falaz, podrá ser procesada de conformidad con las leyes estatales.

ARIZONA: Para su protección, la ley de Arizona exige que figure la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

ARKANSAS: Cualquier persona que presente deliberadamente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

CALIFORNIA: Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para presentar una reclamación por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o solicitante, con respecto a un acuerdo o premio pagadero de los ingresos del seguro, se informará a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

DELAWARE: Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañoso, es culpable de un delito grave.

DISTRITO DE COLUMBIA: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañoso a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada sustancialmente con una reclamación.

FLORIDA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o falaz, será culpable de un delito grave de tercer grado.

IDAHO: Cualquier persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o falaz será culpable de un delito grave.

INDIANA: Una persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, comete un delito grave.

KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

LOUISIANA: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

MAINE: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

MARYLAND: Cualquier persona que, deliberada o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

MINNESOTA: Una persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o ayude a cometer un fraude contra una aseguradora, es culpable de un delito.

NUEVO HAMPSHIRE: Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o perjudicar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a un proceso judicial y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en Ann. §638:20 de los estatutos revisados de Nuevo Hampshire.

ver al dorso

AVISOS DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDES – Para uso con formularios de reclamación (cont.)

LEA EL AVISO DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDES CORRESPONDIENTE A SU ESTADO

NUEVA JERSEY: Cualquier persona que presente deliberadamente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

NUEVO MÉXICO: CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTA PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO, O QUE DELIBERADAMENTE PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÁ ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

NUEVA YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro de declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa, u oculte información con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho a este respecto, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no excederá de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

OHIO: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o, sabiendo que está posibilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.

OKLAHOMA: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga una reclamación por los ingresos de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

OREGÓN: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude de seguros.

PENSILVANIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otro tercero, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, que es un delito, y dicha persona estará sujeta a sanciones penales y civiles.

PUERTO RICO: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o propicie la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurirá en un delito grave y, después de la condena, será sancionado por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000), o una pena de prisión de tres (3) años, o ambas penalidades. Si existen circunstancias agravantes, la sanción así establecida puede aumentar a un máximo de cinco (5) años: si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

RHODE ISLAND: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

TENNESSEE: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

TEXAS: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y reclusión en la prisión estatal.

VIRGINIA: CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O, SABIENDO QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O PRESENTE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTENGA UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA, PUEDE HABER VIOLADO LA LEY ESTATAL.

WASHINGTON: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

VIRGINIA OCCIDENTAL: Cualquier persona que presente deliberadamente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

TODOS LOS DEMÁS ESTADOS: Cualquier 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 sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.