

# 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 Discapacidad Complementaria

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	HASTA
DIRECCIÓN					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL MÉDICO		FECHAS DE TRATAMIENTO:		DESDE	HASTA
DIRECCIÓN					
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
INTERNACIÓN EN HOSPITAL DESDE EL ÚLTIMO INFORME					
NOMBRE DEL HOSPITAL					
DIRECCIÓN					
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE ADMISIÓN	FECHA DE ALTA
NOMBRE DEL HOSPITAL					
DIRECCIÓN					
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE ADMISIÓN	FECHA DE ALTA
¿HA REGRESADO AL TRABAJO O A SUS ACTIVIDADES DIARIAS USUALES?					FECHA
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI LA RESPUESTA ES "SÍ", INDIQUE LA FECHA REAL EN QUE REGRESÓ AL TRABAJO OA 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. <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>					
¿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		LEY DEL SEGURO SOCIAL		DISCAPACIDAD ESTATAL	
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FECHA		FIRMA			

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

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE		APELLIDO						S.N.
<b>IMPORTANTE: FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN Y LAS NOTAS DE LA OFICINA QUE PROPORCIONAN EL APOYO OBJETIVO POR LA DISCAPACIDAD CONTÍNUA DE SU PACIENTE.</b>							NÚMERO DE RECLAMO	
DIAGNÓSTICO PRIMARIO				DIAGNÓSTICO SECUNDARIO				
SÍNTOMAS SUBJETIVOS								
EMBARAZO FECHA DEL PARTO (MM/DD/AAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/> SI EL PARTO NO HA OCURRIDO, INDIQUE LA FECHA ANTICIPADA DEL PARTO (MM/DD/AAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>								
FAVOR DE INDICAR CUALQUIER COMPLICACIÓN QUE EVITARÍA QUE EL PACIENTE REALICE FUNCIONES NORMALES DE TRABAJO O ACTIVIDADES USUALES.								
FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO PARA SU PACIENTE:								
FRECUENCIA DE LAS VISITAS		FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA (MM/DD/AAAA)		FECHA DE LA SIGUIENTE VISITA (MM/DD/AAAA)				
		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
¿AL PACIENTE SE LE REALIZÓ CIRUGÍA?    sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CUÁL FUE LA FECHA(S) DEL PROCEDIMIENTO Y EL CÓDIGO(S) DE CPT?		FECHA (MM/DD/AAAA)		CÓDIGO DE CPT		
				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/>		
				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/>		
INTERNACIÓN EN HOSPITAL DESDE EL ÚLTIMO INFORME				FECHA DE ADMISIÓN (MM/DD/AAAA)		FECHA DE ALTA (MM/DD/AAAA)		
NOMBRE DEL HOSPITAL				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
NATURALEZA Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (INCLUYENDO TERAPIAS Y MEDICAMENTOS RECETADOS).								
¿CUÁL ES SU PRONÓSTICO PARA EL REGRESO DEL PACIENTE A SU PROPIA OCUPACIÓN?				FECHA (MM/DD/AAAA)				
				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
¿FECHA PARA REGRESAR A CUALQUIER OTRO TRABAJO AUNQUE NO PUEDAN REGRESAR A SU PROPIA OCUPACIÓN?				FECHA (MM/DD/AAAA)				
				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
¿QUÉ COMPLICACIONES, SI ES QUE HAN HABIDO, O CONDICIÓN(ES) SECUNDARIA(S) HAN OCURRIDO PARA PROLONGAR ESTA DISCAPACIDAD?								
DESCRIBA LAS RESTRICCIONES Y/O LIMITACIONES ESPECÍFICAS QUE EVITAN QUE EL PACIENTE REALICE SU OCUPACIÓN (PERMANECER PARADO, SENTADO, ALCANZAR, LEVANTAR, LA CAPACIDAD FUNCIONAL CARDÍACA, ETC...).								
SI INDICÓ RESTRICCIONES Y LIMITACIONES ESPECÍFICAS, ¿PODRÍA SU PACIENTE REGRESAR AL TRABAJO SI EL EMPLEADOR PUEDE ACOMODAR ESTAS RESTRICCIONES Y LIMITACIONES?						sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
NOMBRE DEL MÉDICO			FIRMA			TÍTULO		
DIRECCIÓN								
CIUDAD					ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
FECHA (MM/DD/AAAA)			NÚMERO DE TELÉFONO			NÚMERO DE FAX		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
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? DESDE (MM/DD/AAAA) HASTA (MM/DD/AAAA) / / / /	<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) / / / /
---	--

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.

# 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

### 3. Consentimiento a las firmas electrónicas

También acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en los documentos arriba mencionados. Además, acepta que su utilización de un teclado, mouse u otro dispositivo para seleccionar un elemento, botón, icono o acto/acción similar, o para aceptar, reconocer, consentir, optar o certificar de alguna otra manera a cualquiera de los documentos anteriores, constituye su firma, aceptación y acuerdo como si estuvieran firmados manualmente por escrito. Usted acepta que no es necesaria una autoridad de certificación u otra verificación de terceros para validar dicha firma, y que la falta de dicha certificación o la verificación de terceros no afectará de ninguna manera la exigibilidad de dicha firma o cualquier otro documento de este tipo. Usted declara que estará sujeto a los términos de este consentimiento. Este consentimiento de entrega y firma electrónica se mantendrá en vigencia hasta que usted lo retire. Hacer negocio electrónicamente no afectará la validez, efecto legal o la exigibilidad de cualquier de sus transacciones con Combined.

Usted es responsable de asegurar que ni su software ni su proveedor de servicios de internet inhiban o interfieran con los avisos y comunicaciones descritos en este documento. Para garantizar la entrega de su póliza, reclamo y/u otros documentos, los siguientes requisitos mínimos de hardware y sistema son necesarios para firmar, imprimir, retener y recibir dichos documentos.

Sistemas operativos	Windows® 7 o 8.1 o MAC
Navegadores	Versiones de la versión final de Internet Explorer® 9.0 o superior (solo Windows); Firefox 34 o superior (Windows y Mac); Safari™ 5.0 o superior (solo Mac); Google Chrome 39 o superior; Apple iOS 7 o superior; Android 4.4 y superior
Lector de PDF	Acrobat Reader® o un software similar puede ser necesario para visualizar e imprimir los archivos PDF
Resolución de pantalla	Mínima de 800 x 600
Configuración de seguridad habilitada	Permitir cookies por sesión

Al firmar y fechar este formulario, usted confirma que su computadora o dispositivo electrónico cumple con los requisitos del sistema necesarios para imprimir, almacenar y recibir documentos de reclamos de manera electrónica y que puede acceder a dichos documentos para referencia futura.

--

Nombre en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

--

Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Fecha