

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

Beneficio de Salud y Bienestar

Después de que su cobertura haya estado vigente durante el período de espera aplicable **según este estipulado en su póliza**, Combined Life Insurance Company of New York pagará un Beneficio de salud y bienestar para cualquiera de las exámenes de detección de salud o los procedimientos que se muestran a continuación. Este beneficio se pagará solo una vez por año de póliza por cada una de las personas cubiertas. El monto del beneficio actual que recibirá está delineado en la Tabla de beneficios que acompaña a su póliza. Para presentar un reclamo por un servicio recibido, puede usar nuestro centro de reclamos en línea <https://www.combinedinsurance.com/us-es/claims> o enviar este formulario completado vía fax al 1-312-351-6930. **Para mamografías: asegúrese de incluir la factura detallada del procedimiento del proveedor que realizó la prueba de detección.** Nota: En algunas situaciones, es posible que se solicite información adicional.

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	S.N.
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (Su dirección de correo electrónico se actualizará con esta información si es diferente del correo electrónico archivado)		NÚMERO DE TELÉFONO
NÚMERO(S) DE PÓLIZA		

Favor de ingresar la fecha del servicio. (MM/DD/AAAA)

	/		/		
--	---	--	---	--	--

Favor de verificar todos los exámenes realizados. **Consulte su póliza para obtener los detalles específicos acerca de las evaluaciones elegibles.**

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Examen de sangre por triglicéridos | ☐ Radiografía de tórax | ☐ Examen de Papanicolaou |
| ☐ Aspiración de médula o biopsia | ☐ Colonoscopia | ☐ PSA (examen de sangre para cáncer de próstata) |
| ☐ Ultrasonido de mama | ☐ Examen de glucosa en la sangre en ayuno | ☐ Examen de colesterol en suero |
| ☐ CA 15-3 (examen de sangre para cáncer de mama) | ☐ Sigmoidoscopia flexible | ☐ Examen de estrés en una bicicleta o cinta de correr |
| ☐ CA125 (examen de sangre para cáncer ovárico) | ☐ Análisis de heces hemocultas | ☐ Termografía |
| ☐ CEA (examen de sangre para cáncer de colon) | ☐ Mamografía | |
| ☐ Otro | | |

Si tuvo una Evaluación de salud o bienestar en su lugar de trabajo, complete lo siguiente:

LUGAR DE SERVICIO	SERVICIO REALIZADO POR
EMPLEADOR	FIRMA DE RECURSOS HUMANOS DEL EMPLEADOR

Las declaraciones hechas por usted en este formulario de reclamo deben ser verdaderas y completas. Debe firmar y fechar este formulario de reclamo en la línea de firma que aparece en la página de Advertencia de fraude. **Si no firma este formulario de reclamo, no podemos aceptar su presentación de 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

LA FIRMA DEL RECLAMANTE ES REQUERIDA

ADVERTENCIA DE FRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y propósito de defraudar cualquier compañía de seguro u otra persona envía una solicitud de seguro o reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa, u oculta información de hecho pertinente con propósito de engaño, comete un acto de seguro fraudulento, el cual es un crimen, y estará sujeto a penalidad civil menor a cinco mil dólares y el valor nominal del reclamo por cada violación.

X

FIRMA DEL RECLAMANTE

FECHA

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

Firmado en nombre del reclamante, como _____ (relación con el reclamante). Si usted es el apoderado (POA, por sus siglas en inglés), tutor legal o custodio, por favor adjunte una copia del documento que otorga tal autoridad.

Si su póliza/certificado se paga con dólares antes de impuestos, los beneficios pagados pueden ser informados al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Póngase en contacto con su empleador sobre los requisitos de información.

Debe firmar y fechar este formulario de reclamos en la línea provista en esta página.

Si no firma este formulario de reclamo, no podemos aceptar su presentación de 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

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 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.

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