



Formulario de reclamación por accidente

Número de teléfono: (888) 381-9727

Envíelo a Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, P.O. Box 7070, Downers Grove, IL, 60515, Attn: Claims Department; envíelo por fax al (855) 645-8242, o envíelo por correo electrónico a groupsupplementalClaimsOK@BCBSOK.com.

SECCIÓN PARA EMPLEADOS		Nombre del empleador/grupo:	Número de grupo:	Contacto del grupo:
Nombre del empleado:			Fecha de nacimiento:	
N.º del Seguro Social:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Dirección postal:		
Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono preferencial:		
SECCIÓN PARA DERECHOHABIENTES		COMPLETAR ESTA SECCIÓN SI LA RECLAMACIÓN ES PARA UN DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo		
Nombre del derechohabiente:		N.º del Seguro Social:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono preferencial del derechohabiente:			
SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES		<input type="checkbox"/> RECLAMACIÓN INICIAL <input type="checkbox"/> RECLAMACIÓN CONTINUADA		
Si sufrió un accidente, a continuación se enumeran los servicios médicos y beneficios para los que podría ser elegible. Es posible que no todos los servicios médicos ni beneficios estén disponibles en su cobertura. Consulte su certificado de cobertura. Adjunte toda la documentación que tenga que incluya el profesional médico, el nombre del paciente, una copia del extracto de facturación desglosado, la fecha del servicio y, si solicita el beneficio por fracturas, una copia del informe de radiología.				
<input type="checkbox"/> Tratamiento de emergencia (sala de emergencias, centro de atención médica inmediata, consultorio médico) <input type="checkbox"/> Hospitalización/internación hospitalaria <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Atención médica de seguimiento <input type="checkbox"/> Fractura/dislocación <input type="checkbox"/> Laceración/quemadura <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Transporte o alojamiento <input type="checkbox"/> Otro, explique: _____				
FECHA DEL ACCIDENTE: _____				
¿El accidente estuvo relacionado con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ocurrió el accidente mientras el asegurado conducía un vehículo motorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, brinde una copia del informe policial o del accidente.				
Lugar del accidente: _____				
Cuéntenos cómo ocurrió su accidente/lesión: _____ _____				
Certifico que he leído este documento y que la información es precisa y completa. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.				
Firma del empleado _____				
Nombre en letra de imprenta _____				Fecha _____



Envíelo a Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, P.O. Box 7070, Downers Grove, IL, 60515, Attn: Claims Department; envíelo por fax al (855) 645-8242, o envíelo por correo electrónico a groupsupplementalClaimsOK@BCBSOK.com.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (necesitaremos una autorización separada para la divulgación de notas de psicoterapia).

Autorizo a todo médico, profesional médico, farmacéutico u otro proveedor de servicios de **atención médica**, hospital, clínica, otro centro médico o institución relacionada con la medicina; oficina del médico forense; **compañía** de seguros o reaseguros; agencia gubernamental; departamento de trabajo; autoridades policiales o departamento de seguridad pública; titular de la póliza de grupo; empleador; o al administrador de la póliza o de la cobertura a divulgar **información** de los **registros** de:

Nombre del paciente: _____

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Fecha de nacimiento

Información del paciente que se divulgará:

- Datos o registros relacionados con su historia clínica, tratamiento, medicamentos con receta, consultas, autopsias (incluidos informes médicos, expedientes, cuadros, notas [excepto las notas de psicoterapia], radiografías, películas o correspondencia, y cualquier problema médico).
- Cualquier información relacionada con la cobertura de seguro.
- Informe del accidente o cualquier informe de investigación oficial (como informes de la policía, los bomberos, la Administración Federal de Aviación [FAA, en inglés], la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional [OSHA, en inglés] o de toxicología).
- La información será divulgada a:

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma
P.O. Box 7070
Downers Grove, IL 60515

- Entiendo que la Compañía utilizará la información obtenida mediante esta autorización para evaluar mi reclamo de beneficios por seguro de accidentes. La Compañía solo divulgará dicha información:
 - A su reasegurador o a otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mis reclamaciones.
 - Según lo exija la ley.
 - Según lo que yo autorice posteriormente.
- Entiendo, además, que si rehúso firmar esta autorización se me pueden rechazar los beneficios.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal.
- Entiendo que puedo revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la Compañía haya tomado medidas basándose en esta autorización. Si no se recibe la revocación por escrito, esta autorización se considerará válida por un período que no excederá los 24 meses a partir de la fecha de la firma a continuación. Para iniciar la revocación de esta autorización, dirija toda la correspondencia a la Compañía, a la dirección mencionada anteriormente.
- Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Firma (paciente o representante) _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

Si usted es el representante legal del paciente, podríamos pedir documentación adicional.

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono _____



Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:

Alabama: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo 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, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Hawái: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Maryland: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares (\$5,000), pero de no más de diez mil dólares (\$10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.



Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS (continuado):

Washington: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por 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.

PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:

Alaska: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada según las leyes estatales.

Arizona: Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Delaware: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

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

Nuevo Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, NH RSA 638:20.

Nuevo Jersey: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Nuevo Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.