

LAS LEYES DE INDIANA NOS EXIGEN QUE LO NOTIFIQUEMOS DE LO SIGUIENTE: una persona que deliberadamente defrauda o tiene la intención de defraudar a una aseguradora y presenta un reclamo que contenga información falsa, incompleta o confusa comete un delito grave.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL RECLAMANTE

INSTRUCCIONES

COMPLETE TODAS LAS PARTES QUE CORRESPONDAN DE ESTE FORMULARIO.

NOTA: por cada episodio de atención, solo se requiere un formulario de Declaración y Autorización del Reclamante. Si usted ya ha presentado un formulario relacionado con el incidente por el que hace el reclamo, no se necesita una Declaración del Reclamante adicional

SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si los servicios médicos tuvieron lugar fuera de los Estados Unidos, complete este formulario junto con el Anexo D. Adjunte todas las facturas originales detalladas por servicios y suministros. Verifique que los documentos indiquen su nombre, fecha de servicio, diagnóstico y cargo por cada servicio. Si ya pagó estos servicios, incluya los recibos que demuestren el pago.

OPCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO

Formulario impreso. Correo a:
Tokio Marine HCC - MIS Group
Box No. 2005
Farmington Hills, MI 48333-2005

Online Form – Go to:
<https://zone.hccmis.com/clientzone>
Correo electrónico:
service@hccmis.com

PREGUNTAS Y ORIENTACIÓN

Si tiene preguntas o necesita orientación para llenar este formulario, visite www.hccmis.com/claims o llame al **1-800-605-2282**

NOTA: si llama fuera de EE. UU., consulte nuestros números gratuitos de llamadas internacionales debajo de la sección titulada "Anexo B. Número de llamadas gratuito" al final de este formulario.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

1A. Nombre completo del reclamante:		2A. Género:		3A. Fecha de nacimiento (M/D/A):	
4A. Dirección postal actual:					
5A. Ciudad:		6A. Estado:		7A. Código Postal:	8A. País:
9A. Teléfono particular:	10A. Teléfono laboral:		11A. Dirección de correo electrónico:		
IMPORTANTE: NO podemos procesar su reclamo sin el número de ID correcto. Puede ubicar este número en el documento de su póliza o en la tarjeta de identificación de la póliza.				12A. Número de ID o de certificado	
13A. Ciudadanía:	14A. País de origen*:	15A. Países visitados: (Tokio Marine HCC – MIS Group podrá solicitar una copia de su pasaporte)			
16A. ¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Si responde Sí, informe lo siguiente:					
Nombre de la escuela:					
Dirección de la escuela:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	Country:
IMPORTANTE: asegúrese de adjuntar:					
<ul style="list-style-type: none"> si está en EE. UU., una copia de su visa educativa válida (Visa F-1 o J-1, OPT, etc.) y/o una visa válida I-20 / DS2019. comprobante de su condición de estudiante de tiempo completo (ignore este punto si presenta una copia del F-1 válida, incluido OPT o visa J-1). 					
17A. ¿Tiene empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde Sí, informe el nombre y la dirección del empleador:					
Nombre de empleado:					
Dirección del Empleador:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	Country:
IMPORTANTE: asegúrese de adjuntar:					
<ul style="list-style-type: none"> Si se encuentra en los Estados Unidos, una copia de su Visa válida relacionada con la educación (Visa F-1 o J-1, OPT, etc.) y / o I-20 / DS2019 válida. Comprobante de su estado de estudiante a tiempo completo (ignore este ítem solo si está enviando una copia de un F-1 válido, que incluye OPT o visa J-1). 					



PARTE A: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (continuación)

18A. ¿Tiene otra cobertura (médica, por indemnización o responsabilidad civil), que no sea la que proporciona Tokio Marine HCC-MIS Group, que podría ayudar a cubrir los gastos médicos y hospitalarios? Sí No Si responde Sí, informe lo siguiente y entregue una copia de la página de declaraciones:

Nombre de la compañía de seguro:	Titular de la póliza:	Número de la póliza:	Fecha de vigencia (M/D/A):
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País:
¿Es un seguro grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este seguro se obtiene mediante la universidad o escuela a la que asiste? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

*El país de origen es donde reside principalmente y recibe su correo postal habitual

PARTE B: INFORMACIÓN MÉDICA

SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para nuestros registros, proporcione información de su médico de atención primaria o el de su familia (incluso si no lo consultó con respecto a este reclamo):

1B. Nombre del médico:	2B. Teléfono del médico:		
3B. Dirección del médico:			
4B. Ciudad:	5B. Estado:	6B. Código Postal:	7B. País:

ENFERMEDAD O LESIÓN

8B. ¿Cómo comenzó la enfermedad? Detalle todos los síntomas por completo y describa en detalle desde que comenzó, incluso la primera fecha de inicio.

9B. Si fue debido a un accidente, proporcione los siguientes detalles:

Fecha del accidente (M/D/A):	Hora del accidente:	Lugar del accidente:
Breve resumen de los detalles del accidente:		

10B. Si se trató de un accidente, ¿estuvo involucrado un vehículo a motor? Sí No

Si responde Sí, incluya una copia del informe policial y complete lo siguiente con respecto al seguro del vehículo involucrado:

Nombre de la compañía de seguro	Dirección de la compañía de seguro	Teléfono de la compañía de seguro

11B. Si se trató de un accidente y usted contrató asesoramiento legal, informe:

Número de caso:	Nombre del abogado:	Teléfono del abogado:	
Dirección del abogado:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País:

PARTE B: Información Médica (Continuado)

12B. ¿Ha sufrido o sido tratado alguna vez por el mismo tipo de enfermedad o lesión? Sí No Si responde Sí, informe lo siguiente:

Fecha de tratamiento (M/D/A):	Nombre del médico tratante:	Teléfono del médico tratante:	
Dirección del médico tratante:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País:

13B. ¿Ha sufrido algún trastorno, enfermedad, dolencia, condición o lesión o ha tomado algún medicamento en los últimos cinco años? Sí No

Si responde Sí, informe lo siguiente:

Nombre / Descripción de la condición o medicamento	Fecha(s) (M/D/A)	Nombre del médico	Dirección del médico	Teléfono del médico

Si necesita más espacio, continúe su respuesta en la sección titulada "Anexo A: Lesión o Enfermedad" de este formulario

10B. ¿El accidente estuvo relacionado con su empleo? Sí No Si responde Sí, informe lo siguiente:

Nombre del empleador:	Teléfono del empleador:		
Dirección del empleador:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País:

PARTE C: AUTORIZACIÓN RELATIVA A LA HISTORIA CLÍNICA

1C. VERIFICACIÓN

Verifico que toda la información contenida en el presente formulario es fiel, correcta y está completa a mi leal saber y entender. Autorizo a un médico matriculado, profesional médico matriculado, hospital, clínica, establecimiento sanitario, farmacia, organismo gubernamental, compañía de seguro, titular de una póliza grupal, empleado o administrador del plan de beneficios que tenga información con respecto a la atención, asesoramiento, tratamiento, diagnóstico o pronóstico de una enfermedad física o mental, o el estado financiero o laboral del asegurado mencionado a continuación a que proporcione información a Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. La copia tendrá tanta validez como el documento original. Esta autorización es válida durante doce meses a partir de la fecha de su firma:

Firma del reclamante

Nombre en letra de imprenta

Fecha (M/D/A)

2C. CESIÓN DE AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo el pago de los beneficios médicos al médico u a otros proveedores de servicios que presentan las facturas adjuntas.

Firma del asegurado

Fecha (M/D/A)

NOTA: si el pago de estos reclamos ya se realizó, entregue todos los recibos de pago. Si quisiera que lo reembolsen mediante una cámara de compensación automática (ACH) o una transferencia electrónica (en lugar de cobrar un cheque) o si quisiera que Tokio Marine HCC MIS le pague a un tercero y no a usted, complete el formulario correspondiente que se encuentra en el "Anexo C. Formularios de Pago".

LAS LEYES DE INDIANA NOS EXIGEN QUE LO NOTIFIQUEMOS DE LO SIGUIENTE: una persona que deliberadamente defrauda o tiene la intención de defraudar a una aseguradora y presenta un reclamo que contenga información falsa, incompleta o confusa comete un delito grave.

ANEXO A. ENFERMEDAD O LESIÓN

Use los campos del formulario adicional a continuación en caso de que lo necesite para completar la pregunta 13B.

Nombre / Descripción de la condición o medicamento	Fecha(s) (M/D/A)	Nombre del médico	Dirección del médico	Teléfono del médico

ANEXO B NÚMEROS GRATUITOS

Use los siguientes números de acceso gratuitos para comunicarse con Tokio Marine HCC Medical Insurance Services:

Para llamar a uno de nuestros representantes del Centro Mundial de Servicios:

1. Marque el número de acceso gratuito del país por el cual está viajando.
2. Marque 911411# cuando le pregunten su código de cuenta.
3. Lo comunicarán inmediatamente con un representante del Centro Mundial de Servicios de Tokio Marine HCC Medical Insurance Services.

Si tiene dificultades para usar alguno de los números de acceso del país detallados anteriormente, llámenos por cobrar de cualquier parte del mundo al 1-317-262-2132 (Asegúrese de mencionar el código del país correspondiente (1) y el código de área al llamar).

NÚMEROS GRATUITOS A NIVEL MUNDIAL:

País	Número de acceso
Australia	1800-209-649
Australia (Ahorro de Brisbane)	07-3102-8880 *
Australia (Ahorro de Melbourne)	03-9010-0225 *
Australia (Ahorro de Perth)	08-9467-8880 *
Australia (Ahorro de Sídney)	02-8208-3000 *
Canadá	1866-626-9724
Francia	0805-118-317
Alemania	0800-183-8145 *
Italy	0800-581-449
Nueva Zelanda	0800-445-108
Nueva Zelanda (Ahorro de Auckland)	09-887-6966 *
Resto del mundo	317-262-2132
España	0900-670-007 »
Reino Unido	0800-376-2366
Estados Unidos (48 estados)	1800-706-1333
Estados Unidos (48 estados) Deutsch	1888-571-6080
Estados Unidos (Alaska)	1800-318-7039
Estados Unidos (Hawai)	1800-527-6786
Estados Unidos (Los Angeles Economy)	1-213-337-5555 *

Referencias de los números de teléfono

- § No disponible para teléfonos celulares en algunos casos.
- » No disponible desde teléfonos públicos en algunos casos.
- || Se podrán cobrar aranceles mayores desde teléfonos celulares y públicos.
- * Los números de acceso de ahorro ofrecen tarifas por minuto más bajas en ciudades y regiones específicas, si bien se le cobra el costo de una llamada local.

Nota importante: use los números de ahorro, donde se encuentren disponibles, para hacer llamadas a un costo menor.

ANEXO C. – FORMAS DE PAGO

Use el formulario a continuación que corresponde al punto “2C. Cesión de autorización de beneficios”. *Si quisiera que le paguen mediante una cámara de compensación automática (ACH) o una transferencia electrónica, complete el formulario correspondiente.*

FORMULARIO DE ACUERDO DE AUTORIZACIÓN: PAGOS POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

El asegurado por medio del presente autoriza a TOKIO MARINE HCC MEDICAL INSURANCE SERVICES, LLC, a iniciar ingresos de créditos a la cuenta detallada a continuación en la institución financiera depositaria que se menciona posteriormente. Asimismo, reconoce que el inicio de las transacciones por TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA a una cuenta específica deben cumplir las disposiciones de las leyes de EE. UU. Asimismo, **TOKIO MARINE HCC MEDICAL INSURANCE SERVICES, LLC se reserva el derecho a limitar las transferencias electrónicas a un monto mínimo de \$250.**

1. Nombre del beneficiario:		2. Teléfono particular (si corresponde):		3. Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
4. Dirección del beneficiario:					
5. Ciudad:		6. Estado:		7. Código Postal:	8. País:
Información bancaria					
9. Nombre del banco:		10. Número de cuenta del beneficiario o número IBAN:		11. Código Swift o Número de Enrutamiento:	
12. Sucursal y dirección del banco:					
13. Ciudad:		14. Estado:		15. Código Postal:	16. País:
Información del banco intermediario (si corresponde)					
9. Nombre del banco:		10. Número de cuenta del beneficiario o número IBAN:		11. Código SWIFT:	
12. Sucursal y dirección del banco:					
13. Ciudad:		14. Estado:		15. Código Postal:	16. País:

Nombre en imprenta del asegurado

Firma del asegurado

Fecha (M/D/A)

FORMULARIO PARA TERCEROS

Complete esta sección si es que el pago se hará a un tercero que no sea el asegurado ni el proveedor de atención médica. Informe el nombre y los detalles de a quién se le deben pagar los beneficios y firme para indicar que nos autoriza a reembolsar a esta persona.

1. Nombre:					
2. Dirección:					
3. Ciudad:		4. Estado:		5. Código Postal:	6. País:

Autorizo el pago de los beneficios médicos al médico o a otro proveedor de servicios que presenta las facturas adjuntas.

Nombre en imprenta de la parte que completa el formulario

Firma

Fecha (M/D/A)

ANEXO D. FORMULARIO DE DESGLOSE DE RECLAMOS FUERA DE EE.

ESTE FORMULARIO DEBE ACOMPAÑAR A TODOS LOS CARGOS POR GASTOS MÉDICOS FUERA DE EE. UU.

Fecha del servicio (M/D/A)	Proveedor	Diagnóstico	Traducción de los servicios	Unidades monetarias	País	Monto cobrado