

**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](mailto:service@hccmis.com)

### PREGUNTAS Y ORIENTACIÓN

Si tiene preguntas o necesita orientación para llenar este formulario, visite [www.hccmis.com/claims](http://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:		
<b>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.</b>				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:
<b>IMPORTANTE: asegúrese de adjuntar:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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).</li> </ul>					
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:
<b>IMPORTANTE: asegúrese de adjuntar:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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).</li> </ul>					



**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 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	1-800-150-812
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 *
Austria	0800-677-664
Bahamas – Gran Bahamas, Nassau, Isla Paradise	1-800-354-6978
Bélgica	0800-49943    »
Brasil	0800-891-1958
Canadá	1-866-626-9724
Canadá (Ahorro de Toronto)	1888-513-8530 *
Chile	1230-020-3720 » §
China	10800-180-0072
Colombia	01800-915-5763
Dinamarca	8088-5538 » §
Finlandia	0800-115-393 »
Francia	0805-113-721
Francia – Français	0805-113-722
Francia (Ahorro de París)	01-73-04-56-78 *
Alemania	0800-100-6492
Alemania – Deutsch	0800-100-6346
Grecia	00800-126-434 §
Hong Kong	800-967-389
Hungría	06800-15970
Islandia	800-8700 » §
Indonesia	0018-030-113-663 » §
Irlanda	1800-992-363
Irlanda (Ahorro de Dublín)	01-486-1296 *
Israel	1809-203-300 » §
Italia	800-985-675
Italy - Italiano	800-985-676
Italia (Ahorro de Roma)	06-9165-7473 *
Japón	0034-800-400-741 *

País	Número de acceso
Malasia	1800804146 » §
México	001-866-242-4880
México (Ahorro de Cd. México)	55-3692-4162 *
Países Bajos	0800-020-3235
Países Bajos (Ahorro de Ámsterdam)	0207-084-130 *
Nueva Zelandia	0800-445-108
Nueva Zelandia (Ahorro de Auckland)	09-887-6966 *
Polonia	0080-0121-1827
Portugal	800-860-182
Puerto Rico	1800-531-9684 §
Rusia	8-10-800-2843-3011 » §
Singapur	800-120-3480
Sudáfrica	0800-997-285
Corea del Sur	00798-14-800-9434
España	800-099-665
España – Español	800-099-666
España (Ahorro de Barcelona)	935-453-120 *
España (Ahorro de Madrid)	91-787-25-91 *
Suecia	0200-888-074
Suiza	0800-837-798
Tailandia	001-800-120-665-513 »
Reino Unido (Ahorro de Londres)	0207-943-2772 *
Emiratos Árabes Unidos	800-0357-03445
Reino Unido	0800-032-6297

### DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS:

País	Numero de acceso
Estados Unidos (48 estados)	1-800-706-1333 *
Estados Unidos (48 estados) -Deutsch	1-888-571-6080 *
Estados Unidos (48 estados) -Español	1-888-640-8220 » *
Estados Unidos (48 estados) -Français	1-888-640-7050 »
	*
Estados Unidos (Ahorro de Alaska)	1-800-318-7039 *
Estados Unidos (Ahorro de Hawái)	1-800-527-6786 *
Estados Unidos (Ahorro de Los Ángeles)	1-213-337-5555 *
Estados Unidos (Ahorro de Nueva York)	1-800-808-8933 *
Estados Unidos (Ahorro de Orlando)	1-800-294-3676 *
	§

### 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:
<b>Información bancaria</b>					
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:
<b>Información del banco intermediario (si corresponde)</b>					
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)

