Colonial Voluntary Benefits

Formulario Universal de Reclamación

Introduzca en el fax en esta dirección	**Envíe por fax: 1-800-880-9325** O por correo postal: P.O. Box 100195, Columbia, SC 29202	De:	
		Núm. de páginas:	

Autorización de la divulgación de información para servicios opcionales

Por favor, a continuación, marque los servicios opcionales que desee. Cualquier otra marca utilizada (marca de verificación, equis, iniciales, etc.) se tomará en cuenta como autorización y será procesada como si estuviera una selección.

Yo autorizo a Paul Revere, a fin de facilitar el procesamiento de esta reclamación, a divulgar la información al individuo(s) que solicite dicha información a nombre mío. Nota: Deje en blanco esta parte si no quiere que nadie tenga acceso a la información de su reclamación.

_____ Representante de ventas _____ Empleador _____ Esposo(a), miembro de la familia o pareja Nombre: _____

_____ Deseo que Paul Revere me ponga al corriente en cuanto al estatus de mi reclamación a través de mensajes pregrabados a mi número de contacto indicado en este formulario. Se dejarán los mensajes con cualquier personal que conteste el teléfono o en mi correo de voz. Nota: Para evitar que las llamadas se bloqueen, le recomendamos que programe el número 1-800-325-4368 en su teléfono.

_____ Sí, deseo que TODO pago por esta reclamación sea enviado para entrega al día siguiente (overnight delivery). Entiendo que los pagos menos de $100.00 no se pueden enviar para entrega al día siguiente. También entiendo que si deseo que mi reclamación se envíe para entrega al día siguiente, se deducirá una tarifa de $22.00 de mi pago de reclamación. Esta tarifa esta sujeta a aumentos del precio hechos por la aseguradora y no incluye el envió en los fines de semana. **Entiendo que Paul Revere no puede enviar el correo para entrega el día siguiente a un apartado de correos. También entiendo que debo notificar a Paul Revere para descontinuar este servicio.**

Información adicional

Evaluaciones de salud/bienestar

Si desea presentar una reclamación de pruebas para la detección de cáncer/evaluación de la salud hechas en los últimos 36 meses, deberá presentar el tipo y la fecha de la prueba realizada, así como el nombre y número de teléfono del médico. También necesitamos saber es para usted o para alguna otra persona cubierta. Si es para alguna otra persona, necesitamos su nombre y número del seguro social. Si presenta la solicitud por teléfono o Internet, conserve una copia de la información médica y/o su recibo en caso sea necesario para su posterior verificación.

Puede presentar la reclamación por:

- **Teléfono:** al 1-800-325-4368 y proveer la información que se requiere por nuestro Sistema automatizado de respuestas habladas, 24 horas al día, 7 días a la semana; o
- **Fax/correo:** 1-800-880-9325 / P.O. Box 100195, Columbia SC 29202 Escriba su nombre, dirección, número de seguro social y/o número de certificado/póliza en su factura y escríbale "Wellness Test."

Si su evaluación de la salud o para la detección de cáncer se hizo hace más de 36 meses, usted debe enviarnos por correo o fax una copia de la factura o resumen de su médico indicando el tipo de procedimiento realizado, los cargos incurridos y la fecha en que éste se llevó a cabo. Por favor, en la factura escriba su nombre completo, su número de Seguridad Social, y su dirección actual.

Lista de verificación

- ☐ Provee el número de Seguro Social del reclamante. El número de Seguro Social se indique por las siglas en inglés: SSN.
- ☐ Si su nombre ha cambiado, adjunte una copia de la documentación legal.
- ☐ Firme y feche la pagina de "Autorización".
- ☐ Incluya la firma y fecha en cada sección (el medico y/o empleador debe firmar sus secciones).
- ☐ Las fechas deberán ser escritas en el formato de mes/día/ano (por ejemplo, 12/14/1980).

Utilice este formulario cuando presente reclamaciones bajo más de una póliza.

Llene cada sección por completo antes de presentar su reclamación. La entrega de un formulario de reclamación incompleto puede producir un retraso en el procesamiento de su reclamación.

- Los beneficios le son pagaderos a menos que recibamos autorización por escrito a pagar los beneficios a otro destinatario. Esto se llama un nombramiento.
- Si esta reclamación es para una persona cubierta por Medicaid, la mayoría de los beneficios que no sean por incapacidad se distribuirán automáticamente de acuerdo con los reglamentos estatales. Esto significa que deberemos pagarle los beneficios a Medicaid o al proveedor médico para reducir los cargos facturados a Medicaid.

Llene las secciones que correspondan a su cobertura.

- ☐ Si presenta la reclamación por cáncer: Adjunte una copia del informe patológico junto con todas las facturas desglosadas relacionadas con la condición.
- ☐ Si presenta la reclamación por una enfermedad grave: Adjunte toda información médica relacionada con la enfermedad.
- ☐ Si presenta la reclamación por un accidente: Adjunte una copia de cualquier factura desglosada relacionada con el accidente.
- ☐ Si presenta la reclamación por una hospitalización o confinamiento por recuperación: Pídale a su médico que llene la sección 4A.
- ☐ Si presenta una reclamación por una cirugía o un procedimiento diagnóstico: Pídale a su médico que llene la sección 4B.
- ☐ Si presenta la reclamación por incapacidad: La Sección 3 debe ser llenada por su empleador. La Sección 5 debe ser llenada por completo por su médico, e incluir el diagnóstico, las fechas de tratamientos y las fechas en que usted no pudiera trabajar. Incluya una copia de cualquier factura hospitalaria en la cual se muestren las fechas de admisión y dada de alta, los cargos por el uso diario de habitación y los gastos médicos en que usted haya incurrido. Por favor, incluya una copia de la factura de anestesia si se le realizó una cirugía ambulatoria.

Declaraciones de reclamación fraudulentas

Antes de firmar este formulario de reclamación, lea la advertencia para el estado donde reside y para el estado donde se emitió la póliza de seguro en virtud de la cual reclama un beneficio.

Para su protección, la siguiente declaración debe aparecer en este formulario de reclamación de acuerdo con las leyes estatales, incluidas las de Alaska, Arizona, Arkansas, Connecticut, Delaware, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo México, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Virginia Occidental, Wisconsin y Wyoming.

Advertencia de fraude: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o errónea es culpable de fraude de seguro, lo cual es un delito.

Alabama: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o tiempo en prisión, o cualquier combinación de estas.

California: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y tiempo en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, datos o información falsos, incompletos o erróneos a una compañía de seguros, con la intención de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelación, multas, denegación del seguro y daños civiles. Se deberá denunciar ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras a toda compañía de seguros o a todo agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione datos o información falsos, incompletos o erróneos al titular de una póliza o un reclamante con el fin de estafarlo o intentar estafarlo en relación con un acuerdo o una indemnización pagaderos con los ingresos del seguro.

Distrito de Columbia: Proporcionar información falsa o errónea a una aseguradora con el fin de estafar a la aseguradora o a cualquier otra persona es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede negar los beneficios si el solicitante proporcionó información falsa en relación con una reclamación.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o errónea es culpable de un delito de tercer grado.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito.

Minnesota: Una persona que presenta una reclamación con la intención de estafar o que ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Cualquier persona que, con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o errónea está sujeta a un proceso judicial y a una sanción por fraude de seguro, tal como se estipula en RSA 638.20.

Nueva Jersey: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o errónea está sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no supere los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

Pensilvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a cualquier otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante está cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito, y está sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude o genere la presentación de una reclamación fraudulenta por el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito y, de acuerdo con la condena, recibirá una sanción por cada infracción con la pena de una multa de no menos de cinco mil (5000) dólares y no más de diez mil (10 000) dólares, o un término fijo en prisión de tres (3) años, o ambas sanciones. Ante la presencia de circunstancias agravantes, la multa establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; ante la presencia de circunstancias extenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Por favor, a continuación, indique el tipo de reclamación que presente:

☐ Accidente ☐ Cáncer ☐ Enfermedad grave ☐ Incapacidad ☐ Atención prenatal rutinaria ☐ Hospitalización/cirugía ambulatoria

Sección 1 – Declaración del reclamante (debe ser llenada por el titular de la póliza)

Nombre del reclamante:			Relación con el titular de la póliza: ☐ El dueño ☐ Esposo(a) ☐ Dependiente ☐ Pareja de hecho
☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nac. del reclamante: _____ / _____ / _____	Núm. de Seguro Social del reclamante:	

Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nac.: _____/ _____/ _____	Núm. de Seguro Social:

Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Correo electrónico del dueño de la póliza:	
Médico de atención primaria:	Teléfono:	Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del doctor u hospital que lorefiere:	Teléfono:	Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Sección 2 – Lesión accidental (esta sección debe ser llenada por el dueño de la póliza)

Por favor, llene y adjunte copias desglosadas de cualquier factura relacionada así como de médico, o de ambulancia, de la sala de emergencia, del hospital, y/o de la unidad de rehabilitación. Las facturas deben incluir información de diagnóstico de su proveedor médico.

Fecha en que ocurrió el accidente (no el momento en que se recibió tratamiento el mismo): _____ / _____ / _____	El accidente ocurrió: ☐ En el trabajo ☐ Fuera del trabajo

¿Ha recibido tratamiento por la misma condición u otra similar alguna vez anterior a ésta? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?: _____ / _____ / _____

¿Fue admitido al hospital?: ☐ Sí ☐ No

Fecha de admisión: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM Fecha de alta del hospital: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM

Descripción de cómo sucedió el accidente (si el accidente fue automovilístico, adjunte una copia del informe de accidente)

Autorización

Nombre del titular de la póliza:_____ Núm. de Seguro Social: _____

He revisado las respuestas en este formulario de reclamación y están correctas. Certifico bajo pena de perjurio que mi número de Seguro Social correcto se muestra en este formulario. Acuso recibo de las Advertencias por Fraude en Reclamaciones (Claim Fraud Statements) en la página 2 de este formulario y confirmo que he leído la declaración requerida por el Departamento Estatal de Seguros del estado donde resido, si el mismo aparece en el formulario.

Advertencia de fraude: Para garantizar su protección, las leyes de Arizona exigen que se incluya la siguiente información en este formulario de reclamo: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o una prestación, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podrá estar sujeta al pago de multas y sufrir una pena de prisión.

Advertencia de fraude: Para garantizar su protección, las leyes de Nueva York exigen que se incluya la siguiente información en este formulario de reclamo:
Cualquier persona que, a sabiendas 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 esencialmente falsa o, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho importante, estará cometiendo fraude al seguro, lo que constituye un delito. Por dicho delito, también estará sujeta a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo por cada violación.

Aviso sobre fraude: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye la parte de la declaración del médico del formulario de reclamación.

_____ Nombre del reclamante en letra de imprenta	_____ Firma del reclamante	_____ Fecha (mm/dd/aaaa)
_____ Nombre del titular de la póliza en letra de imprenta	_____ Firma del titular de la póliza	_____ Fecha (mm/dd/aaaa)

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente.

Claimant name:	**Claimant SSN:**

Section 3 – Employer statement (completed by employer)

Employee name:			SSN:
Employee title:			Hire date: _____ / _____ / _____
Average number of scheduled hours per week:	Date last worked: _____ / _____ / _____		Date employment terminated: _____ / _____ / _____
Employee unable to work (Full-time): From: _____ / _____ / _____ To: _____ / _____ / _____			Sick leave was exhausted on: _____ / _____ / _____
Approved for FMLA (if eligible): From: _____/ _____/ _____ To: _____/ _____/ _____			Was employee at work when accident or sickness occurred? ☐ **Yes** ☐ **No**
Workers' compensation claim filed? ☐ **Yes** ☐ **No**	Workers' compensation carrier Name:		Telephone:
Hourly employee rate:	Hours worked per week:	Annual salary:	If paid on commission basis, attach commission breakdown for prior 12 months from date last worked.
Do you permit light duty for employee? ☐ **Yes** ☐ **No**		Do you permit partial duty for employee? ☐ **Yes** ☐ **No**	
Expected return to work: _____ / _____ / _____	Actual return to work: Full-time: _____ / _____ / _____		Actual return to work: Part-time: _____ / _____ / _____ Hours per week:_____
Employee's duties include:	☐ **Sitting** _____ per hr. ☐ **Walking** _____ per hr. ☐ **Climbing stairs/ladders** _____ per hr. ☐ **Standing** _____ per hr. ☐ **Driving** _____ hrs. per day		
	Lifting: ☐ Less than 15 lbs. ☐ 15 to 44 lbs. ☐ More than 45 lbs. **Stooping/bending:** ☐ none ☐ seldom ☐ frequent		
Reaching/pulling/pushing: ☐ none ☐ seldom ☐ frequent **Crawling/kneeling:** ☐ none ☐ seldom ☐ frequent **Repetitive motion:** ☐ none ☐ seldom ☐ frequent			
Contact for updates on return to work status:			Telephone:
Email:			Fax:

Fraud warning: Any person who knowingly files a statement of claim containing false or misleading information is subject to criminal and civil penalties. This includes employer's portions of the claim form.

_____ Signature of authorized person	_____ Date (MM/DD/YYYY)

Title of authorized person:	Employer/company name:	
Telephone:	Fax:	Email:

EMBARAZO	Si hubo complicaciones relacionadas con el embarazo, llene la sección 5	Fecha del primer tratamiento por embarazo: _____ / _____ / _____	Fecha del parto: _____ / _____ / _____	Tipo de parto: ☐ Vaginal ☐ Sección C Código del procedimiento quirúrgico:

Advertencia por fraude: Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye las partes del formulario de reclamación.

_____ Firma del médico que ha llenado este formulario	_____ Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del médico:		Número de cuenta del paciente:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de identificación personal del contribuyente o número de Seguro Social:	Teléfono:	Fax:	
¿Aceptará el autorización estándar de HIPAA? ☐ **Sí** ☐ **No**	¿Acepta solicitudes de registros médicos por fax? ☐ **Sí** ☐ **No**		
¿Requiere una autorización especial por la divulgación de información? ☐ **Sí** ☐ **No**	¿En sus archivos tiene una autorización para proporcionarle información a Colonial Life? ☐ **Sí** ☐ **No**		

Nombre del reclamante:	**Núm. de Seguro Social del reclamante:**

Sección 4A – Hospitalización/confinamiento por rehabilitación (debe ser llenada por el médico)

Incluya una copia de todas las facturas desglosadas relacionadas con esta condición, incluyendo las facturas desglosadas del hospital y cirujano las cuales indiquen las fechas de admisión y de alta, el informe quirúrgico, y los cargos del uso diario de habitación.

Diagnóstico/Códigos de diagnóstico (ICD codes):	**Fecha del procedimiento de diagnóstico:** _____ / _____ / _____	Código de procedimiento de diagnóstico/descripción del procedimiento:

Hospital:			Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Médico que autorizó la admisión:			Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Médico tratante:			Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Hospitalización:
Fecha de admisión: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM Fecha de alta: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM

Hospitalización en la unidad de cuidados intensivos:
Fecha de admisión: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM Fecha de alta: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM

Estadía en un centro de rehabilitación:
Fecha de admisión: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM Fecha de alta: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM

Section 4A – Hospital confinement/rehabilitation confinement (completed by physician)

Include a copy of all itemized bills related to this condition, including the itemized surgeon and hospital bills(s) showing admission and discharge dates, operative report, and daily room charge(s).

Diagnosis/ICD codes:	**Diagnostic procedure date:** _____ / _____ / _____	Diagnostic procedure code/description:

Hospital:			Telephone:
Address:	City:	State:	ZIP:
Admitting physician:			Telephone:
Address:	City:	State:	ZIP:
Treating physician:			Telephone:
Address:	City:	State:	ZIP:

Hospital confinement:
Admission date: _____ / _____ / _____ Time:_____ ☐ AM ☐ PM Date released: _____ / _____ / _____ Time:_____ ☐ AM ☐ PM

Intensive care unit confinement:
Admission date: _____ / _____ / _____ Time:_____ ☐ AM ☐ PM Date released: _____ / _____ / _____ Time:_____ ☐ AM ☐ PM

Rehabilitation unit confinement:
Admission date: _____ / _____ / _____ Time:_____ ☐ AM ☐ PM Date released: _____ / _____ / _____ Time:_____ ☐ AM ☐ PM

Claimant name:	**Claimant SSN:**

PREGNANCY	If complications due to pregnancy, complete section 5.	Date first treated for pregnancy: _____ / _____ / _____	Date of delivery: _____ / _____ / _____	Type of delivery: ☐ Vaginal ☐ C-section Surgical procedure code:

Fraud warning: Any person who knowingly files a statement of claim containing false or misleading information is subject to criminal and civil penalties. This includes attending physician portions of the claim form.

_____ Signature of physician completing this form	_____ Date (MM/DD/YYYY)

Physician name:	Patient account number:

Address:	City:	State:	ZIP:
Tax ID or SSN:	Telephone:	Fax:	
Will you accept the standard HIPAA release? ☐ **Yes** ☐ **No**	Do you accept medical record requests by fax? ☐ **Yes** ☐ **No**		
Do you require a special authorization for release of information? ☐ **Yes** ☐ **No**	Authorization on file to release information to Colonial Life: ☐ **Yes** ☐ **No**		

Sección 4B – Cirugía/Procedimiento diagnóstico (debe ser llenada por el médico)

Incluya una copia de todas las facturas desglosadas relacionadas con esta condición, incluyendo las facturas desglosadas del hospital y cirujano las cuales indiquen las fechas de admisión y de alta, el informe quirúrgico, y cargos diarios del uso de habitación.

Cirugía: ☐ Con hospitalización ☐ Ambulatoria Admisión: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM Alta: _____ / _____ / _____ Hora:_____ ☐ AM ☐ PM	**Código(s)/descripción de procedimiento quirúrgico:**

¿Se administró anestesia? ☐ **Sí** ☐ **No**	¿Se administró la anestesia por un anestesiólogo autorizado? ☐ **Sí** ☐ **No**	¿La condición se causó por una lesión accidental? ☐ **Sí** ☐ **No**

Consultas médicas después de la cirugía:

1. _____ / _____ / _____ 2. _____ / _____ / _____ 3. _____ / _____ / _____ 4. _____ / _____ / _____

Procedimientos diagnósticos: Fecha: _____ / _____ / _____ Código:_____ Fecha: _____ / _____ / _____ Código:_____	**Diagnóstico/Códigos de diagnóstico (ICD codes):**

Advertencia por fraude: Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye las partes del formulario de reclamación.

_____ Firma del médico que ha llenado este formulario	_____ Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del médico:	Número de cuenta del paciente:

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de identificación personal del contribuyente o número de Seguro Social:	Teléfono:	Fax:	
¿Aceptará el autorización estándar de HIPAA? ☐ **Sí** ☐ **No**	¿Acepta solicitudes de registros médicos por fax? ☐ **Sí** ☐ **No**		
¿Requiere una autorización especial por la divulgación de información? ☐ **Sí** ☐ **No**	¿En sus archivos tiene una autorización para proporcionarle información a Colonial Life? ☐ **Sí** ☐ **No**		

Claimant name:	**Claimant SSN:**

Section 4B – Surgery/Diagnostic Procedure (completed by physician)

Include a copy of all itemized bills related to this condition, including the itemized surgeon and hospital bills(s) showing admission and discharge dates, operative report, and daily room charge(s).

Surgery: ☐ Inpatient ☐ Outpatient Admission: _____ / _____ / _____ Time:_____ ☐ AM ☐ PM Released:_____ / _____ / _____ Time:_____ ☐ AM ☐ PM	**Surgery procedure description/code(s):**

Anesthesia administered? ☐ Yes ☐ No	Anesthesia administered by a licensed anesthesiologist? ☐ Yes ☐ No	Is condition due to an accidental injury? ☐ Yes ☐ No

Physician office visit(s) following surgery:

1. _____ / _____ / _____ 2._____ / _____ / _____ 3._____ / _____ / _____ 4._____ / _____ / _____

Diagnostic procedures: Date: _____ / _____ / _____ Code:_____ Date: _____ / _____ / _____ Code:_____	**Diagnosis/ICD codes:**

Fraud warning: Any person who knowingly files a statement of claim containing false or misleading information is subject to criminal and civil penalties. This includes attending physician portions of the claim form.

_____ Signature of physician completing this form	_____ Date (MM/DD/YYYY)

Physician name:		Patient account number:	
Address:	City:	State:	ZIP:
Tax ID or SSN:	Telephone:	Fax:	
Will you accept the standard HIPAA release? ☐ **Yes** ☐ **No**	Do you accept medical record requests by fax? ☐ **Yes** ☐ **No**		
Do you require a special authorization for release of information? ☐ **Yes** ☐ **No**	Authorization on file to release information to Colonial Life: ☐ **Yes** ☐ **No**		

Nombre del reclamante:	**Núm. de Seguro Social del reclamante:**

Sección 5 – Declaración del médico (debe ser llenada por el médico)

Nombre del paciente:	Fecha de nac.:_____ / _____ / _____
¿La condición se causó por una lesión accidental? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es afirmativa, la fecha y descripción de la lesión accidental:
¿Cuál es la condición principal que le impide trabajar al paciente? (Si es un embarazo, indique las complicaciones. Si es por atención prenatal rutinaria, llene las secciones a continuación.)	La fecha del primer tratamiento por esta condición: _____/ _____/ _____
¿Existen síntomas que le impiden trabajar al paciente? ☐ Sí ☐ No	Condiciones secundarias:

¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez? _____ / _____ / _____	Fecha de consulta de paciente nuevo: _____ / _____ / _____	Síntomas:
Plan de tratamiento actual:		
Indique todas las fechas en que el paciente haya recibido: asesoramiento médico, diagnósticos o ratamientos por esta condición (o una relacionada) durante los 18 meses anteriores a esta incapacidad hasta el presente.		(Indique las fechas: mes/día/año)
Indique cualquier prueba que se realizó (proporcione una copia de los resultados) Fecha:_____/ _____/ _____ Código CPT: _____ Fecha:_____/ _____/ _____ Código CPT:: _____		Indique las cirugías que se realizaron (proporcione una copia del informe quirúrgico) Fecha:_____/ _____/ _____ Código CPT: _____ Fecha:_____/ _____/ _____ Código CPT:: _____
Fecha de la última visita del paciente: _____ / _____ / _____	Fecha de la próxima visita programada: _____ / _____ / _____	¿Para cuándo espera una mejora en la condición médica del paciente? ☐ 1 - 2 meses ☐ 3 - 4 meses ☐ 5 - 6 meses ☐ Más de 6 meses
¿Este paciente tiene restricciones y/o limitaciones permanentes? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son permanentes?	Limitaciones (lo que el paciente NO PUEDE HACER):	Restricciones (lo que el paciente NO DEBE HACER):
Fechas en las que no puede trabajar (a tiempo completo): De: _____ / _____ / _____ A: _____ / _____ / _____		**Fecha en la que se espera que regrese a trabajar:** _____ / _____ / _____
Fechas en las que puede trabajar (a tiempo parcial): De: _____ / _____ / _____ A: _____ / _____ / _____ Cantidad de horas trabajadas:_____		**Fecha real de retorno al trabajo:** _____ / _____ / _____

¿Esta condición le ha requerido al paciente que esté confinado en el hogar? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, indique las fechas: De: ____ / ____ / _____ A:____ / ____ / _____
Estar confinado en el hogar significa que el paciente permanece en casa (en el hogar o jardín) debido a la condición. Sin embargo, el paciente puede seguir sus órdenes, incluso si significa salir de casa.

Por favor, marque las actividades de la vida diaria que el paciente es incapaz de realizar:
☐ Vestirse ☐ Comer ☐ Preparar comidas ☐ Bañarse ☐ Trasladarse ☐ Ir al baño ☐ Retener la orina o las heces

Fechas en que no podía realizar las actividades de la vida diaria: De: _____ / _____ / _____ A: _____ / _____ / _____

Fecha(s) de hospitalización (últimos 6 meses):	Fecha(s) de las citas (últimos 6 meses):

¿Con qué frecuencia ve al paciente?			¿Le ha remitido el paciente a un especialista? ☐ Sí ☐ No		
Hospital:			Especialista:		
Dirección:	Estado:	Código postal:	Dirección:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fax:		Teléfono:	Fax:	

EMBARAZO	Fecha esperada del parto: _____ / _____ / _____	Tipo de parto: ☐ Vaginal ☐ Sección C
Fecha del primer tratamiento: _____ / _____ / _____	Fecha del parto: _____ / _____ / _____	Código del procedimiento:

Advertencia por fraude: Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. Esto incluye las partes del formulario de reclamación.

_____ Firma del médico	_____ Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre del médico/grupo:		Número de cuenta del paciente:	
Especialidad del médico:	Teléfono:	FAX:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de identificación personal del contribuyente o número de Seguro Social:		¿Acepta solicitudes de registros médicos por fax? ☐ Sí ☐ No	
¿Requiere una autorización especial por la divulgación de información? ☐ Sí ☐ No		¿Aceptará el autorización estándar de HIPAA? ☐ Sí ☐ No	
¿El paciente se le remitió a usted por otro médico? ☐ Sí ☐ No		¿En sus archivos tiene una autorización para proporcionarle información a Colonial Life? ☐ Sí ☐ No	
Médico remitente:	Teléfono:	Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Claimant name:	**Claimant SSN:**

Section 5 – Physician Statement (completed by physician)

Patient name:			DOB: _____ / _____ / _____
Is condition due to an accidental injury? ☐ Yes ☐ No	If yes, date and description of accidental injury:		
What primary condition prevents the patient from working? (If pregnancy, list complications. If routine pregnancy, complete information below.)			Date first treated for this condition: _____/_____/_____
Are there any secondary conditions preventing the patient from working? ☐ **Yes** ☐ **No**	Secondary conditions:		
When did symptoms first appear? _____ / _____ / _____	Date of new patient consultation: _____ / _____ / _____	Symptoms:	
Current treatment plan:			
List all dates patient received: medical advice, diagnosis or treatment for this condition (or a related condition) for the 18 months prior to this disability to the present.	(List dates: MM/DD/YYYY)		
List any test performed (submit copy of test results) Date: _____/_____/_____ CPT code: _____ Date: _____/_____/_____ CPT code: _____		List any surgeries performed (submit copy of operative report) Date: _____/_____/_____ CPT code: _____ Date: _____/_____/_____ CPT code: _____	
Date of patient's last visit: _____ / _____ / _____	Date of next scheduled visit: _____ / _____ / _____	How soon do you expect significant improvement in the patient's medical condition? ☐ 1 - 2 months ☐ 3 - 4 months ☐ 5 - 6 months ☐ more than 6 months	
Does patient have permanent restrictions and/or limitations? ☐ **Yes** ☐ **No** If yes, which ones are permanent:	Limitations (patient CANNOT DO):	Restrictions (patient SHOULD NOT DO):	
Dates unable to work (full-time): From: _____ / _____ / _____ To: _____ / _____ / _____		**Expected return to work:** _____ / _____ / _____	
Dates able to work (part-time): From: _____ / _____ / _____ To: _____ / _____ / _____ Number of hours worked:_____		**Actual return to work:** _____ / _____ / _____	
Did this condition require house confinement? ☐ Yes ☐ No If yes, dates: From: _____ / _____ / _____ To: _____ / _____ / _____ House confinement means the patient is kept at home (in house or yard) by the condition. However, the patient may follow your orders, even if it means leaving home.			
Check activities of daily living that the patient is unable to perform: ☐ Dressing ☐ Eating ☐ Meal preparation ☐ Bathing ☐ Transferring ☐ Toileting ☐ Continence			
Dates unable to perform activities of daily living: From: _____ / _____ / _____ To: _____ / _____ / _____			
Date(s) of hospitalization (last 6 months):	Date(s) of office visit (last 6 months):		

How often do you see the patient?		Have you referred patient to a specialist? ☐ **Yes** ☐ **No**	
Hospital:		Specialist:	
Address:	State: ZIP:	Address:	State: ZIP:
Telephone:	Fax:	Telephone:	Fax:
PREGNANCY	Estimated date of delivery: _____ / _____ / _____	Type of delivery: ☐ Vaginal ☐ C-section	
Date first treated: _____ / _____ / _____	Date of delivery: _____ / _____ / _____	Procedure code:	

Fraud warning: **Any person who knowingly files a statement of claim containing false or misleading information is subject to criminal and civil penalties. This includes Attending Physician portions of the claim form.**

_____ Physician signature	_____ Date (MM/DD/YYYY)

Physician/group name:		Patient account number:	
Physician's specialty:	Telephone:	FAX:	
Address:	State:	ZIP:	
Tax ID or SSN:	Do you accept medical record requests by fax? ☐ Yes ☐ No		
Do you require a special authorization for release of information? ☐ **Yes** ☐ **No**	Will you accept the standard HIPAA release? ☐ **Yes** ☐ **No**		
Was patient referred to you by another physician? ☐ **Yes** ☐ **No**	Authorization on file to release information to Colonial Life: ☐ **Yes** ☐ **No**		
Referring physician:	Telephone:	Fax:	
Address:	City:	State:	ZIP:

Autorización para la compañía The Paul Revere Life Insurance

Firme y devuelva esta autorización al Departamento de reclamaciones a la dirección indicada anteriormente. Esta autorización está diseñada para cumplir con la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Por medio de la presente, autorizo la divulgación de la siguiente información sobre mí y, en su caso, mis dependientes, de las fuentes que se detallan a continuación a The Paul Revere Life Insurance Company sus representantes debidamente autorizados (Paul Revere).

La información médica puede ser divulgada por cualquier proveedor o institución médica o médicamente relacionada, profesionales de rehabilitación, evaluadores vocacionales, plan de salud o cámara de compensación de salud que tenga registros o conocimiento sobre mí, incluyendo bases de datos de medicamentos recetados o el administrador de beneficios Farmacéuticos, ambulancia u otro servicio de transporte médico, cualquier compañía de seguros, Medicare o agencias de Medicaid o la Oficina de Información Médica (MIB). La información no relacionada con la salud puede ser divulgada por cualquier entidad, persona u organización que tenga registros sobre mí, incluido, pero no limitado a mi empleador, representante del empleador y fuentes de compensación, compañía de seguros, institución financiera, agencias de informes crediticios, incluyendo oficinas de crédito, organismos de licencias profesionales, abogados o entidades gubernamentales.

La información de salud incluye mi historial médico completo, el historial de medicamentos recetados y el historial de reclamos de seguro, incluidos VIH, SIDA u otros trastornos del sistema inmunitario, información sobre el diagnóstico, el tratamiento y los resultados de las pruebas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, a menos que la ley estatal lo restrinja, uso de drogas o alcohol, historial mental o físico, afección, consejo o tratamiento, sin incluir notas de psicoterapia. Información no relacionada con la salud, incluyendo ingresos, historial financiero o crediticio, licencias profesionales, historial de empleo o cualquier otro hecho que Paul Revere considere necesario para evaluar mi solicitud o los formularios de reclamo.

Cualquier información que Paul Revere obtenga conforme a esta autorización se utilizará con el fin de evaluar y administrar mi reclamo de beneficios, o para evaluar mi elegibilidad para el seguro, incluida la verificación y resolución de cualquier problema que pueda surgir con respecto a información incompleta o incorrecta en la solicitud o en los formularios de reclamo. Alguna de la información una vez obtenida puede no estar protegida por ciertas reglamentaciones federales que rigen la privacidad de la información de salud, pero la información es protegida por las leyes estatales de privacidad y otras leyes aplicables. Paul Revere no volverá a divulgar la información a menos que lo permitan o exijan esas leyes o que yo autorice.

También autorizo a Paul Revere a divulgar mí información a las siguientes personas (con el propósito de informar el estado del reclamo, o experiencia, o para que el beneficiario pueda llevar a cabo operaciones de atención médica, pago de reclamos, funciones administrativas o de auditoría relacionadas con cualquier beneficio, plan o Reclamación): cualquier plan de beneficios para empleados patrocinado por mí empleador; cualquier persona que brinde servicios o beneficios de seguro a (o en nombre de) mí empleador, cualquier plan o reclamo, o cualquier beneficio ofrecido por Paul Revere; o, la Administración de la Seguridad Social. Paul Revere no condicionará el pago de los beneficios del seguro basado en si autorizo a Paul Revere a volver a divulgar la información. Para los efectos de estas divulgaciones por parte de Paul Revere, esta autorización es válida por un año o por el período de tiempo permitido por la ley.

Esta autorización es válida por dos (2) años desde su ejecución o la duración de mí reclamo (para incluir cualquier revisión financiera posterior de gestión y / o recuperación de beneficios), lo que ocurra primero y una copia sea tan válida como el original. Sé que yo o mí representante autorizado, podemos solicitar una copia de esta autorización. Esta autorización puede ser revocada por mí o mi representante autorizado en cualquier momento, excepto en la medida en que Paul Revere haya confiado en la autorización antes del aviso de revocación o tenga el derecho legal de impugnar la cobertura bajo el contrato o el contrato mismo. Si no firmo esta autorización o si la cambio o la revoco, salvo lo especificado anteriormente, es posible que Paul Revere no pueda evaluar mi reclamo o elegibilidad para el seguro. Puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito al Departamento de Reclamaciones a la dirección indicada anteriormente.

_____ _____

Firma fecha (MM/DD/AAAA)

_____ XXX-XX-_____ _____

Nombre impreso del individuo sujeto a esta autorización Cuatro últimos dígitos del SSN Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Si corresponde, he firmado en nombre del asegurado como _____ (Escriba aquí su relación). Si es tutor legal, apoderado, conservador, beneficiario o representante personal, adjunte una copia del documento que otorga la autoridad.

_____ _____ _____

Nombre impreso del representante legal Firma del representante legal fecha (MM/DD/AAAA)