

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 envío 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 discontinuar 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 página 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/año (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.

Advertencia por Fraude en Reclamaciones

A fin de protegerlo, las leyes de diversos estados, incluidos Alaska, Arkansas, Delaware, Idaho, Indiana, Louisiana, Minnesota, New Hampshire, Ohio, Oklahoma, y otros, exigen que se publique la siguiente declaración en este formulario de reclamación:

Advertencia por Fraude: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer fraude en materia de seguros, lo cual constituye un delito grave.

Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago por una pérdida o de 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 compensatorias y encarcelamiento en una prisión, o cualquier combinación éstas.

Arizona: A fin de protegerlo, la ley de Arizona exige que se publique la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

California, Rhode Island, Texas y West Virginia: A fin de protegerlo, las leyes del Distrito de California, Rhode Island, Texas y West Virginia exigen que se publique lo siguiente en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y podrá estar sujeta al pago de multas y a encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal brindar información o datos falsos, incompletos o engañosos a sabiendas a una compañía de seguros con la intención de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de cobertura y daños y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros o todo agente de una compañía de seguros que brinde información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un reclamante, a sabiendas, con la intención de estafarlo o intentar estafarlo con relación a un acuerdo o laudo que deba pagarse con los fondos provenientes del seguro deberá ser denunciado a la División de Seguros de Colorado (Colorado Division of Insurance) del Departamento de Agencias Reguladoras (Department of Regulatory Agencies).

Distrito de Columbia: Brindar información falsa o engañosa a una compañía aseguradora con la intención de estafarla o estafar a cualquier otra persona se considera un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, la aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante presentó información falsa sustancialmente relacionada con una reclamación.

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

Kentucky: A fin de protegerlo, la ley de Kentucky exige que se publique lo siguiente en este formulario: Toda 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 sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha reclamación está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington: Proveerle información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas a una compañía de seguros con la intención de estafarla constituye un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro.

Maryland: Toda persona que a sabiendas e intencionalmente presente una reclamación fraudulenta o falsa para obtener el pago por una pérdida o de un beneficio, o que a sabiendas e intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro comete un hecho delictivo y podrá dar lugar al pago de multas y a encarcelamiento.

New Jersey y New Mexico: Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

New York: Toda 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 sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha solicitud o reclamación comete un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y dará lugar a una sanción civil que no podrá exceder los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación por cada violación.

Pennsylvania: Toda 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 sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha solicitud o reclamación incurre en el delito de un acto fraudulento en materia de seguros, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, provea información falsa en una solicitud de seguro, o presente una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o ayude en dicha presentación o la cause, o presente más de una reclamación por el mismo daño o la misma pérdida, cometerá un delito grave y, en el momento de recibir la condena, será sancionado por cada violación con una multa que no podrá ser inferior a los cinco mil (5,000) dólares ni superior a los diez mil (10,000) dólares, o con una pena de prisión fija de tres (3) años, o ambas sanciones. En caso de existir circunstancias agravantes, la sanción establecida de dicha forma podrá ser incrementada hasta un máximo de cinco (5) años y, en el supuesto de existir circunstancias atenuantes, podrá reducirse hasta 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:		
<input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nac. del reclamante:	Núm. de Seguro Social del reclamante:	<input type="checkbox"/> El dueño <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Pareja de hecho		
<input type="checkbox"/> Femenino	____ / ____ / ____				
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 lo refirió:			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: <input type="checkbox"/> En el trabajo <input type="checkbox"/> Fuera del trabajo
____ / ____ / ____	
¿Ha recibido tratamiento por la misma condición u otra similar alguna vez anterior a ésta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo?: ____ / ____ / ____	
¿Fue admitido al hospital?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de admisión: ____ / ____ / ____ Hora: ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Fecha de alta del hospital: ____ / ____ / ____ Hora: ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> 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 por Fraude:** Toda 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 sustancialmente falsa o que, con la intención de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante relacionado con dicha reclamación está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito.

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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Workers' compensation claim filed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Do you permit partial duty for employee? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Expected return to work: ____/____/____		Actual return to work: Full-time: ____/____/____		Actual return to work: Part-time: ____/____/____ Hours per week: ____	
Employee's duties include:	<input type="checkbox"/> Sitting ____ per hr. <input type="checkbox"/> Walking ____ per hr. <input type="checkbox"/> Climbing stairs/ladders ____ per hr. <input type="checkbox"/> Standing ____ per hr. <input type="checkbox"/> Driving ____ hrs. per day				
	Lifting: <input type="checkbox"/> Less than 15 lbs. <input type="checkbox"/> 15 to 44 lbs. <input type="checkbox"/> More than 45 lbs. Stooping/bending: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> seldom <input type="checkbox"/> frequent				
Reaching/pulling/pushing: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> seldom <input type="checkbox"/> frequent Crawling/kneeling: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> seldom <input type="checkbox"/> frequent Repetitive motion: <input type="checkbox"/> none <input type="checkbox"/> seldom <input type="checkbox"/> 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:	

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

EMBARAZO	Si hubo complicaciones relacionadas con el embarazo, llene la sección 5	Fecha del primer tratamiento por embarazo: ____ / ____ / ____	Fecha del parto: ____ / ____ / ____	Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Acepta solicitudes de registros médicos por fax? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Requiere una autorización especial por la divulgación de información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En sus archivos tiene una autorización para proporcionarle información a Colonial Life? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

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

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: <input type="checkbox"/> Con hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatoria Admisión: ____ / ____ / ____ Hora: ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Alta: ____ / ____ / ____ Hora: ____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Código(s)/descripción de procedimiento quirúrgico:
---	---

¿Se administró anestesia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se administró la anestesia por un anesthesiólogo autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿La condición se causó por una lesión accidental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Acepta solicitudes de registros médicos por fax? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Requiere una autorización especial por la divulgación de información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En sus archivos tiene una autorización para proporcionarle información a Colonial Life? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

Claimant name:	Claimant SSN:
-----------------------	----------------------

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

PREGNANCY	If complications due to pregnancy, complete section 5.	Date first treated for pregnancy: ____ / ____ / ____	Date of delivery: ____ / ____ / ____	Type of delivery: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you accept medical record requests by fax? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	--

Do you require a special authorization for release of information? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Authorization on file to release information to Colonial Life: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Outpatient Admission: _____ / _____ / _____ Time: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Released: _____ / _____ / _____ Time: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Surgery procedure description/code(s):
---	---

Anesthesia administered? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Anesthesia administered by a licensed anesthesiologist? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is condition due to an accidental injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you accept medical record requests by fax? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Do you require a special authorization for release of information? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Authorization on file to release information to Colonial Life: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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)		Indique las cirugías que se realizaron (proporcione una copia del informe quirúrgico)	
Fecha: ____ / ____ / ____	Código CPT: _____	Fecha: ____ / ____ / ____	Código CPT: _____
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? <input type="checkbox"/> 1 - 2 meses <input type="checkbox"/> 3 - 4 meses <input type="checkbox"/> 5 - 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 6 meses	
¿Este paciente tiene restricciones y/o limitaciones permanentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Trasladarse <input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hospital:		Especialista:	
Dirección:	Estado:	Código postal:	Dirección:
			Estado:
			Código postal:
Teléfono:	Fax:	Teléfono:	Fax:
EMBARAZO		Fecha esperada del parto: ____ / ____ / ____	Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Requiere una autorización especial por la divulgación de información? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Aceptará el autorización estándar de HIPAA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El paciente se le remitió a usted por otro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿En sus archivos tiene una autorización para proporcionarle información a Colonial Life? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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)	List any surgeries performed (submit copy of operative report)
Date: ____ / ____ / ____ CPT code: ____	Date: ____ / ____ / ____ CPT code: ____
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? <input type="checkbox"/> 1 - 2 months <input type="checkbox"/> 3 - 4 months <input type="checkbox"/> 5 - 6 months <input type="checkbox"/> more than 6 months
---	---	---

Does patient have permanent restrictions and/or limitations? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Dressing <input type="checkbox"/> Eating <input type="checkbox"/> Meal preparation <input type="checkbox"/> Bathing <input type="checkbox"/> Transferring <input type="checkbox"/> Toileting <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
-----------------------------------	---

Hospital:	Specialist:
-----------	-------------

Address:	State:	ZIP:	Address:	State:	ZIP:
----------	--------	------	----------	--------	------

Telephone:	Fax:	Telephone:	Fax:
------------	------	------------	------

PREGNANCY	Estimated date of delivery: ____ / ____ / ____	Type of delivery: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
----------------	--

Do you require a special authorization for release of information? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Will you accept the standard HIPAA release? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

Was patient referred to you by another physician? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Authorization on file to release information to Colonial Life: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	---

Referring physician:	Telephone:	Fax:
----------------------	------------	------

Address:	City:	State:	ZIP:
----------	-------	--------	------

Autorización para Colonial Life & Accident Insurance Company

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, 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 mi 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 mi 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)
Nombre impreso del individuo sujeto a esta autorización	XXX-XX-_____ 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)
--	-------------------------------	--------------------