

De: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Cantidad de páginas: \_\_\_\_\_

Su reclamación de discapacidad o enfermedad grave debe llenarse en el periodo de 12 meses inmediatamente posteriores a la fecha de la pérdida.

**¿Que debo hacer para evitar demoras?**

**Si falta información, el trámite de su reclamación se retrasará. Asegúrese de:**

- Firmar** y devolver la certificación que se adjunta en la página 3 y la autorización de la página 7.
- Llene** las secciones determinadas que correspondan a su reclamación. Pídale a su **médico y empleador** que llenen sus secciones respectivas, cuando sea necesario.
- Envíe** copias de todas las **facturas** relacionadas con su reclamación, cuando sea necesario.

**¿Para cuándo debo esperar una respuesta?**

- Si hace una reclamación por enfermedad o por alguna afección que haya ocurrido en los primeros 6 a 24 meses de su póliza o certificado (según los requisitos de la póliza), debemos determinar si su afección es **preexistente**. Quizá tengamos que escribirle para pedirle la información, lo cual podría demorar su reclamación. **Incluya la autorización firmada con su reclamación y pídale a su médico que responda con prontitud a nuestra solicitud de información médica.**

Le llamaremos para avisarle cuando empecemos a tramitar la información de su reclamación. Uno de los factores por los cuales se demoran los trámites, es el tiempo que toma el correo para llevarle nuestra respuesta. **El correo** puede tomar entre cuatro y cinco días en cada dirección.

**Para evitar demoras en el correo:**

- **Envíenos su reclamación** por fax al **1.800.880.9325**. Si envía su reclamación por fax, haga una copia del dorso de las páginas y envíenos por fax todas las páginas de la reclamación. **Por favor no envíe por correo el documento original; guárdelo en sus archivos.** Denos **al menos dos días laborables** para que nuestro centro de servicios automatizados se actualice con la información que confirma el recibo de su fax. Recibirá una llamada automatizada cuando su fax entre en nuestro sistema.
- Ponga sus iniciales en el permiso de servicio que aparece a continuación para que envíe su pago por **envío de un día en otro**. Este servicio tiene un costo de \$18.00, que deduciremos del pago de su reclamación. Dicho costo está sujeto a aumentos en la tarifa de los servicios de envío de un día para otro. Le enviaremos su cheque por envío de un día para otro el día laborable siguiente a la dirección que aparece en este formulario. Si nos devuelven el envío por dirección incorrecta, lo reenviaremos por correo normal. **Solo hacemos envío de un día para otro de \$100.00 o más. Se necesita una dirección postal, no un apartado. Su cheque sera entregado entre lunes y viernes, pero no se garantiza la hora de recibo.**

**ACUERDO DE PERMISO DE SERVICIO OPCIONAL – Anote sus iniciales a continuación, tal como se indica.**

Yo autorizo a Paul Revere Life Insurance Company a facilitar el trámite de esta reclamación divulgando sus detalles si se le pregunta de mi parte.

\_\_\_\_ representante local de ventas    \_\_\_\_ administrador del plan    \_\_\_\_ cónyuge, miembro de la familia o compañero/a  
(inicial)    (inicial)    (inicial)

\_\_\_\_ Yo autorizo a Paul Revere Life Insurance Company a comunicar información en torno al estado de esta  
(inicial) reclamación mediante **mensajes electrónicos** a mi número de teléfono en casa, tal como se indica en este formulario. Entiendo que se dejarán mensajes con cualquier persona que conteste el teléfono o en mi correo de voz o máquina contestadora. Programaré el número 1.800.325.4368 en mi teléfono para evitar que se bloqueen las llamadas.

\_\_\_\_ Sí, deduzcan los \$18.00 (costo sujeto a aumentos en la tarifa) para **enviarme de un día para otro** los beneficios que me  
(inicial) correspondan del pago de reclamación por esta reclamación. Este cargo no incluye envío en fin de semana. Entiendo que este cargo se deducirá de **pagos futuros** relacionados con esta pérdida al igual que pagos enviados por envío de un día para otro a menos que yo notifique a la compañía por escrito para que utilice el servicio de correo normal. Entiendo que los pagos inferiores a los \$100.00 se enviarán por correo normal.

Las opciones de servicio autorizadas son válidas por dos (2) años desde la fecha de ejecución o mientras dure mi reclamación, lo que suceda primero. Puedo revocar estas opciones en cualquier momento notificando a Paul Revere por escrito, pero la revocación no afectará ninguna acción iniciada antes del recibo de dicha revocación. Puedo solicitar acceso a esta información. No se me exige que esté de acuerdo con estas opciones para obtener mis beneficios. Paul Revere Life Insurance Company puede compartir la información divulgada.

- Los beneficios se le pagan a usted, a menos que recibamos una autorización escrita de su proveedor para que le asignemos a este sus beneficios. A esto se llama una **asignación**. Si desea asignar sus beneficios, adjunte una solicitud escrita firmada.
- Si esta reclamación es para una persona cubierta por Medicaid, la mayoría de los beneficios que no sean de discapacidad se asignan automáticamente, según lo establecido en las reglamentaciones estatales. Esto significa que debemos pagarle los beneficios a Medicaid o al proveedor de servicios médicos para reducir los cobros a Medicaid.

**NOMBRE DEL RECLAMANTE:** X \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

Enviar a: The Paul Revere Life Insurance Company  
Processing Center  
PO Box 100195, Columbia SC 29202-3195

Enviar por fax a: 1.800.880.9325

Si envía su reclamación por fax, no hay necesidad de enviar por correo el original. Recordatorio: Copie el dorso de las páginas y envíe un fax con todas las páginas de la reclamación.

#### CHEQUEO DE BIENESTAR/SALUD

Si desea hacer una reclamación de **Chequeo de bienestar/cáncer por una prueba realizada en los últimos 12 meses**, deberá enviar el tipo de chequeo y la fecha, así como el nombre y teléfono del médico. También debemos saber si el chequeo fue para usted u otra persona cubierta y, en ese caso, su nombre y número de seguro social. **Usted puede:**

- **RECLAMAR POR TELÉFONO.** Llame al **1.800.325.4368** y suministre la información solicitada en nuestro sistema automatizado de respuesta de voz, las 24 horas al día, los 7 días a la semana, o
- **ENVÍELA POR INTERNET** con el formulario de reclamación de bienestar que aparece en **colonial-paulrevere.com** o
- Escriba su nombre, dirección, número de seguro social o número de póliza o certificado en su factura e indique **"Prueba de bienestar"**.

**ENVÍENOSLO POR FAX** al **1.800.880.9325** o **POR CORREO** a P.O. Box 100195, Columbia SC 29202.

**Si su chequeo de bienestar/cáncer fue realizado hace más de un año**, debe enviar por fax o por correo copia de la factura o de la cuenta de su médico que indique el tipo de procedimiento realizado, el costo y la fecha del servicio. Escriba su nombre completo, número de seguro social y dirección actual en el recibo.

**Tome en cuenta que, si su póliza de cáncer incluye una segunda parte del beneficio de la prueba, debe enviarnos por correo o fax las facturas de las pruebas cubiertas y una copia del informe de diagnóstico (que refleje la indicación anormal en su primera prueba) para que se le brinden los beneficios.**

#### CÁNCER

Si no tiene una póliza de **cáncer**, llene las secciones que correspondan a su cobertura. Para solicitar beneficios en una póliza de cáncer, llene la página 3 y marque **cáncer** en la parte superior de esta página:

- Para *cáncer interno* – **Adjunte** una copia del **informe de patología** de su *diagnóstico* inicial.
- Adjunte copias de facturas detalladas de todos los gastos médicos que haya hecho en relación con el diagnóstico y tratamiento de su cáncer. Escriba su nombre y número de seguro social en cada factura que quede claros.
- Para *cáncer de la piel* – Adjunte una copia de su informe de patología por *cada fecha de servicio* en que se hizo biopsia o se extrajo alguna muestra.
- *Transporte y alojamiento* – Revise su póliza para determinar qué gastos están cubiertos. Envíenos una declaración que explique sus gastos de transporte y alojamiento. Esta información debe incluir la distancia en millas transitada en ambas direcciones, recibos de alojamiento y verificación médica de tratamiento en esa fecha.
- **Si se trata de una reclamación de discapacidad, pídale a su empleador y a su médico que indiquen cualquier información pertinente en las SECCIONES D y E.**

**Si tiene preguntas mientras llena este formulario de reclamación, llámenos al 1.800.325.4368. Le ayudaremos con la información y los formularios necesarios para terminar este proceso de modo satisfactorio.**

**Debe firmar su reclamación en el periodo de 12 meses a partir de la pérdida.**

Por favor **verifique** abajo el tipo de reclamación que está haciendo:

- Bienestar** - Consulte la parte superior de la página 2
- Cáncer** - Consulte a continuación.
- Rutinaria de embarazo** - Consulte la página 4 si está solicitando beneficios de discapacidad normal después del parto. No son necesarias las páginas 5 y 6.
- Discapacidad total** - (Accidente/enfermedad/complicaciones del embarazo) Las secciones D y E constan de partes para que las llenen su empleador y su médico. Consulte las páginas 5 y 6. Hay un formulario exclusivo para discapacidad disponible en nuestro sitio Web, [www.colonial-paulvere.com](http://www.colonial-paulvere.com).
- Lesión accidental** - Sección A, página 4, le pide información específica sobre las circunstancias de su lesión.
- Internamiento hospitalario, cuidados intensivos, cirugía como paciente ambulatorio o unidad de rehabilitación** - Pídale a su médico que llene la sección C, página 5, y envíe copias de sus facturas de hospital, de cirugía como paciente ambulatorio o de la unidad de rehabilitación.

Esta reclamación es para:  Mi  Mi cónyuge  Dependiente: si es mayor de 18 años, nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Nombre del reclamante \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza (en caso de que no sea el reclamante) \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Masculino  Femenino

Número de la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_  
Calle (Apto. N°) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

(para envío de un día para otro, se debe incluir la dirección postal, no el apartado postal)

¿Ha cambiado su dirección desde nuestro último contacto?  Sí  NO

Teléfono en la casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección electrónica del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Si se trata de una reclamación por discapacidad, indique las fechas en que no pudo trabajar: desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Llene en letra de imprenta INFORMACIÓN SOBRE SUS MÉDICOS U HOSPITAL

Si es necesario, continúe en una hoja aparte. Asegúrese de incluir todo médico que le haya referido.

1. _____ Nombre completo del médico que le atiende		
Dirección postal _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
(_____) _____	(_____) _____	_____
Teléfono _____	Fax _____	

2. _____ Nombre completo del médico u hospital que le ha referido		
Dirección postal _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
(_____) _____	(_____) _____	_____
Teléfono _____	Fax _____	

3. _____ Nombre completo de su médico de cabecera		
Dirección postal _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
(_____) _____	(_____) _____	_____
Teléfono _____	Fax _____	

4. _____ Otros		
Dirección postal _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
(_____) _____	(_____) _____	_____
Teléfono _____	Fax _____	

**CERTIFICACIÓN**

Nombre del titular de la póliza/empleado \_\_\_\_\_ N° de seguro social \_\_\_\_\_

He revisado las respuestas a este formulario de reclamación y son correctas. Certifico, bajo pena de perjurio, que el número de seguro social que aparece en este formulario es el mío y es correcto. Declaro que he recibido el formulario "Advertencia sobre fraude con reclamaciones y las versiones estatales" y que he leído la declaración exigida por el Departamento de Estado de Seguros de mi estado, si mi estado aparecía en la lista del formulario. Cualquier persona que de manera consciente y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona llene una declaración con información falsa u oculte información, con el propósito de dar información engañosa relacionada con cualquier hecho, comete una acción fraudulenta de seguro, lo que constituye un delito.

**TAMBIÉN FIRME Y FECHÉ LA AUTORIZACIÓN EN LA PÁGINA 7.**

**X** / / \_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

**X** \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA/EMPLEADO

NOMBRE DEL RECLAMANTE: **X** \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

**A. LESIÓN ACCIDENTAL-** por favor **llénelo y adjunte copias detalladas** de toda factura **que corresponda**, incluidas **las de médicos, ambulancia, sala de emergencia, hospital, o unidad de rehabilitación**. Dichas facturas deben incluir **información** diagnóstica del médico que le atienda.

Fecha del accidente (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora del accidente: \_\_\_\_\_ am / pm (marque una)

Explique cómo ocurrió el accidente:

---

---

---

---

---

¿En el momento en que ocurrió el accidente, estaba usted en el trabajo, trabajando por sueldo o beneficio?  sí  no

¿Ha tenido alguna vez una lesión similar? \_\_\_\_ En caso afirmativo, diga cuándo (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

**Si su reclamación es por discapacidad, pídale a su empleador y a su médico que suministren la información correspondiente en las SECCIONES D y E.**

**Para que lo llene y firme su médico**

**B. RUTINARIA DE EMBARAZO (a 6 semanas de parto vaginal u 8 semanas de cesárea, menos el periodo de eliminación)**

**Si se encuentra deshabilitada por complicaciones del embarazo, antes o después del parto, llene la Sección E en la página 6.**

Fecha del parto (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de parto: Vaginal / cesárea (marque una)

Fecha en que vio a esta paciente por primera vez en este embarazo (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indique otras fechas de tratamiento en este embarazo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fechas de internamiento hospitalario (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Teléfono del hospital: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_ Número de contribuyente o de seguro social: \_\_\_\_\_

Firma del médico que le atiende: \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Médico que le refiere: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RECLAMANTE: **X** \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

**C. INTERNAMIENTO HOSPITALARIO, CUIDADOS INTENSIVOS, CIRUGÍA O BENEFICIOS DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN.**

Envíenos una copia detallada de sus facturas de hospital o rehabilitación que incluyan el diagnóstico y las fechas de internamiento y de alta. Pídale a su médico que llene esta sección si sus facturas no incluyen información de diagnóstico. Envíenos una copia de la factura de anestesiología, si fue sometido a una cirugía como paciente ambulatorio.

**CUIDADO INTENSIVO / INTERNAMIENTO HOSPITALARIO / UNIDAD DE REHABILITACIÓN**

**Fechas de atención**

Lugar en que se le ha internado	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
Cuidado intensivo, incluida la Unidad de cuidado coronario		
Hospital (privado, semiprivado, otro tipo)		
Unidad de rehabilitación		

Diagnóstico/Códigos ICD-9: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del hospital: \_\_\_\_\_

Dirección de la Unidad de rehabilitación: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fechas de visitas al consultorio después del internamiento: (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CIRUGÍA**

**Fechas de atención**

Tipo de cirugía	Desde (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)	Descripción del procedimiento/Código del procedimiento
Paciente interno			
Paciente ambulatorio			

Diagnóstico/Códigos ICD-9: \_\_\_\_\_

Fechas de visitas al consultorio después de la cirugía como paciente ambulatorio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección del hospital: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO:**

Firma del médico: **X** \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_ Número de contribuyente o de seguro social: \_\_\_\_\_

**Si su reclamación es por discapacidad, pídale a su empleador que llene la sección que aparece más adelante y pídale a su médico que llene la SECCIÓN E.**

**D. Para que lo llene y firme su EMPLEADOR:**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Trabaja el empleado en algún otro lugar?

sí  no En caso afirmativo, dónde \_\_\_\_\_

Fechas a partir de las cuales el empleado no ha podido trabajar:

Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ am/pm Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ am/pm

Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ am/pm Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ am/pm

Fecha en que el empleado volvió a realizar las tareas propias de su cargo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Medio tiempo

\_\_\_\_ Horas por semana  Tiempo completo

Fecha en que el empleado volvió a realizar tareas livianas propias de su cargo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Salario mensual \$ \_\_\_\_\_ Salario por hora \$ \_\_\_\_\_

¿Ocurrió el accidente mientras trabajaba por sueldo o por beneficio?  sí  no

En caso afirmativo, indique la fecha de la lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Se ha aprobado compensación laboral?  sí  no

Nombre y dirección del asegurador de compensación laboral: \_\_\_\_\_

¿Se le puede ofrecer realizar tareas livianas o modificadas?  sí  no

En caso afirmativo, fecha en que puede empezar: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Para que firme el empleador)

NOMBRE DEL RECLAMANTE: **X** \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

**E. BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD. Para que la llene y firme el MÉDICO que le atiende por esta discapacidad:**

**Diagnóstico/ afección principal que provoca la discapacidad/ Códigos ICD9:** \_\_\_\_\_

**Afecciones secundarias que contribuyen con esta discapacidad:** \_\_\_\_\_

**¿Se mantendrá discapacitado el paciente sin tomar en cuenta estas afecciones secundarias?**  sí  no

**¿Se ha tratado antes a este paciente por las mismas afecciones o por afecciones similares?** En caso afirmativo, enumere los diagnósticos relacionados y las fechas de tratamiento: \_\_\_\_\_

**¿Es esta afección el resultado de una lesión accidental?**  sí  no En caso afirmativo, por favor indique la fecha y descripción.  
\_\_\_\_\_

**Fechas de internamiento hospitalario:** Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Hospital:** \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección

**Indique las cirugías realizadas y envíe copia del informe quirúrgico.** \_\_\_\_\_

**¿Se encuentra este paciente discapacitado de modo permanente?**  sí  no En caso afirmativo, ¿Cuáles son las restricciones o limitaciones permanentes? \_\_\_\_\_

**¿Para cuándo espera ver una mejoría notable en la afección del paciente?** \_\_\_\_\_ N° de semanas/meses (marque uno)

**Fechas en que no podrá trabajar:** Todas las tareas: Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fechas en que no podrá trabajar:** Tareas parciales: Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Lista de restricciones o limitaciones que le impiden trabajar** \_\_\_\_\_

**¿Se entiende que este paciente debe estar confinado en casa (es decir, que no puede realizar las actividades diarias normales) o que no puede realizar 2 o más actividades de la vida diaria?** Sí / No (marque una) En caso afirmativo, qué actividades no puede realizar? *\*(vestirse, comer, trasladarse, ir al baño y prepararse sus comidas)* \_\_\_\_\_

**¿Durante cuánto tiempo?** Desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Esta información se usará según lo establecido en las reglamentaciones estatales y lo estipulado en la póliza).

**Fecha anticipada de regreso al trabajo o de alta:** \_\_\_\_\_ En caso de que no se haya determinado aún, según sus conocimientos de la medicina, ¿cuál sería un periodo razonable en que podría permitírsele al paciente regresar al trabajo?

**Si se trata de complicaciones del embarazo anteriores al parto, ¿Cuál es la fecha estimada del parto?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fechas de vistas al consultorio (mm/dd/aaaa):** \_\_\_\_\_

**Frecuencia recomendada del tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha (mm/dd/aaaa):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Paciente N°:** \_\_\_\_\_

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Fax:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Dirección electrónica:** \_\_\_\_\_ **Número de contribuyente o de seguro social:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo del médico que ha referido al paciente**

**Dirección postal** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**Número telefónico** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**NOTA: Haga una copia de la autorización firmada por el paciente para la divulgación de información, para sus archivos. Si su instalación exige una autorización especial, pida que el paciente firme el formulario e inclúyalo en esta reclamación.**

Autorización para The Paul Revere Life Insurance Company

Para determinar si reúno los requisitos para obtener cobertura de seguros y beneficios bajo una póliza/ certificado existente, proceso que incluye la verificación y solución de cualquier problema que pueda presentarse como resultado de información incompleta o incorrecta en mis formularios de solicitud o de reclamación, mediante la presente autorizo a las fuentes que abajo se mencionan para que revelen la siguiente información acerca de mi y, si fuera necesario, mis dependientes, a The Paul Revere Life Insurance Company (en lo adelante, Paul Revere) y a sus representantes debidamente autorizados.

Cualquier institución o proveedor de atención médica, plan de salud o banco de información de atención médica que posea registros o conocimiento sobre mi, entre ellos una base de datos de información sobre medicinas de venta con receta o sobre beneficios farmacéuticos o ambulancia u otro tipo de servicio de transporte médico. También autorizo a cualquier compañía de seguros, agencias de Medicare o Medicaid o al Buró de Información Médica (MIB o Medical Information Bureau), a que revelen información si la tuviesen. La información sobre la salud incluye mi registro médico completo y mi historial de reclamaciones de seguros, pero no incluye notas de psicoterapia. También autorizo a cualquier entidad, persona u organización que posea registros que no sean de la salud, tales como de ingresos o de mis antecedentes laborales o de cualquier otra índole, que Paul Revere considere relevantes para evaluar mis formularios de solicitud o de reclamación, para que se la entreguen a Paul Revere. Dichas entidades, personas u organizaciones incluyen a mi empleador, representantes de mi empleador y fuentes de compensación, compañías de seguros, instituciones financieras o entidades gubernamentales, entre ellos, departamentos de seguridad pública y departamentos de vehículos automotores.

Cualquier información que Paul Revere obtenga según lo establecido en esta autorización se usará con el propósito de evaluar y administrar mi reclamación de beneficios. Parte de la información obtenida podría no estar protegida por ciertas regulaciones federales que reglamentan la privacidad de información sobre la salud, pero la información sigue protegida por las leyes de privacidad estatal y otras leyes vigentes. Paul Revere no revelará la información a menos que dichas leyes lo permitan o lo exijan.

Esta autorización tiene una vigencia de dos (2) años desde la fecha en que se ejecute o mientras dure mi reclamación, lo que suceda primero, y una copia es tan válida como el original. Sé que yo o mi representante autorizado podemos solicitar tanto una copia de esta autorización como acceso a esta información. Tanto yo como mi representante autorizado podemos revocar esta autorización en cualquier momento, excepto la información que Paul Revere haya obtenido y utilizado antes de recibir notificación de dicha revocación o que tenga el derecho de impugnar la cobertura bajo el contrato o el contrato mismo. Si se revocara esta autorización, Paul Revere no podría evaluar mi reclamación o si reúno los derechos para obtener beneficios. Puedo revocar esta autorización enviando notificación por escrito a: Paul Revere Insurance Company, Claims Department, P. O Box 100195, Columbia, SC 29202-3195.

Usted puede negarse a firmar este formulario; sin embargo, Colonial Life podría no tener modo de evaluar y manejar su reclamación. Soy la persona que autoriza o su tutor legal, representante designado mediante poder judicial, protector, beneficiario o representante personal.

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona que autoriza en letra de imprenta)      \_\_\_\_\_  
(Número de seguro social)      **X**      \_\_\_\_\_  
(Firma)      (Fecha de la firma)

Si correspondiera, firmo en nombre del asegurado en calidad de \_\_\_\_\_ (indicar tipo de relación). Si es tutor legal, representante designado mediante poder judicial, protector, beneficiario o representante personal.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del representante legal en letra de imprenta)      **X**      \_\_\_\_\_  
(Firma del representante legal)      (Fecha de la firma)

