

Combined Insurance Company of America

Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 • Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930

Formulario de Reclamo de Discapacidad Complementaria

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE - FAVOR DE COMPLETAR Y DEVOLVER											
PRIMER NOMBRE					APELLIDO					S.N.	
NÚMERO DE RECLAMO					NÚMERO(S) DE PÓLIZA/CERTIFICADO						
TELÉFONO PRINCIPAL											
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL											
CIUDAD					ESTADO			CÓDIGO POSTAL			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO											
FAVOR DE DESCRIBIR CUALQUIER COMPLICACIÓN DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD DESDE EL ÚLTIMO INFORME.											
ENUMERE LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS RECIBIDOS DESDE EL ÚLTIMO INFORME											
NOMBRE DEL MÉDICO					FECHAS DE TRATAMIENTO:		DESDE		HASTA		
DIRECCIÓN											
CIUDAD					ESTADO			CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DEL MÉDICO					FECHAS DE TRATAMIENTO:		DESDE		HASTA		
DIRECCIÓN											
CIUDAD					ESTADO			CÓDIGO POSTAL			
INTERNACIÓN EN HOSPITAL DESDE EL ÚLTIMO INFORME											
NOMBRE DEL HOSPITAL											
DIRECCIÓN											
CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL		FECHA DE ADMISIÓN		FECHA DE ALTA		
NOMBRE DEL HOSPITAL											
DIRECCIÓN											
CIUDAD			ESTADO		CÓDIGO POSTAL		FECHA DE ADMISIÓN		FECHA DE ALTA		
¿HA REGRESADO AL TRABAJO O A SUS ACTIVIDADES DIARIAS USUALES?					FECHA						
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI LA RESPUESTA ES "SÍ", INDIQUE LA FECHA REAL EN QUE REGRESÓ AL TRABAJO OA SUS ACTIVIDADES DIARIAS USUALES.											
SI REGRESÓ AL TRABAJO, INDIQUE UNO DE LOS SIGUIENTES: TIEMPO COMPLETO SIN RESTRICCIONES <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO CON RESTRICCIONES <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>											
SI REGRESÓ AL TRABAJO CON RESTRICCIONES O A TIEMPO PARCIAL, INDIQUE CUALES FUERON LAS RESTRICCIONES DADAS EN SU FECHA DE REGRESO AL TRABAJO.											
INDIQUE HASTA QUÉ FECHA SERÁN APLICABLES ESTAS RESTRICCIONES. <input type="text"/>											
¿HA PRESENTADO UN RECLAMO POR ALGUNO DE LOS BENEFICIOS MENCIONADOS A CONTINUACIÓN?					SI LA RESPUESTA ES "SÍ" A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES, FAVOR DE PRESENTAR UNA COPIA DE LA CARTA DE ADJUDICACIÓN O NEGACIÓN SI SE RECIBIÓ A MENOS QUE YA SE HAYA PROPORCIONADO.						
LEY DE INDEMNIZACIÓN LABORAL		sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		LEY DEL SEGURO SOCIAL		sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DISCAPACIDAD ESTATAL		sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FECHA					FIRMA						
<input type="text"/>					<input type="text"/>						

DECLARACIÓN DEL MÉDICO A CARGO DE LA ATENCIÓN

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE		APELLIDO										S.N.
IMPORTANTE: FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN Y LAS NOTAS DE LA OFICINA QUE PROPORCIONAN EL APOYO OBJETIVO POR LA DISCAPACIDAD CONTÍNUA DE SU PACIENTE.											NÚMERO DE RECLAMO	
DIAGNÓSTICO PRIMARIO						DIAGNÓSTICO SECUNDARIO						
SÍNTOMAS SUBJETIVOS												
EMBARAZO												
FECHA DEL PARTO (MM/DD/AAAA)		/			/			VAGINAL <input type="checkbox"/>		CESÁREA <input type="checkbox"/>		
SI EL PARTO NO HA OCURRIDO, INDIQUE LA FECHA ANTICIPADA DEL PARTO (MM/DD/AAAA)		/			/							
FAVOR DE INDICAR CUALQUIER COMPLICACIÓN QUE EVITARÍA QUE EL PACIENTE REALICE FUNCIONES NORMALES DE TRABAJO O ACTIVIDADES USUALES.												
FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO PARA SU PACIENTE:												
FRECUENCIA DE LAS VISITAS			FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA (MM/DD/AAAA)				FECHA DE LA SIGUIENTE VISITA (MM/DD/AAAA)					
			/ /				/ /					
¿AL PACIENTE SE LE REALIZÓ CIRUGÍA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CUÁL FUE LA FECHA(S) DEL PROCEDIMIENTO Y EL CÓDIGO(S) DE CPT?		FECHA (MM/DD/AAAA)		/ /			CÓDIGO DE CPT			
				/ /					CÓDIGO DE CPT			
INTERNACIÓN EN HOSPITAL DESDE EL ÚLTIMO INFORME												
NOMBRE DEL HOSPITAL						FECHA DE ADMISIÓN (MM/DD/AAAA)			FECHA DE ALTA (MM/DD/AAAA)			
						/ /			/ /			
NATURALEZA Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO (INCLUYENDO TERAPIAS Y MEDICAMENTOS RECETADOS).												
¿CUÁL ES SU PRONÓSTICO PARA EL REGRESO DEL PACIENTE A SU PROPIA OCUPACIÓN?					FECHA (MM/DD/AAAA)		/ /					
					/ /							
¿FECHA PARA REGRESAR A CUALQUIER OTRO TRABAJO AUNQUE NO PUEDAN REGRESAR A SU PROPIA OCUPACIÓN?					FECHA (MM/DD/AAAA)		/ /					
					/ /							
¿QUÉ COMPLICACIONES, SI ES QUE HAN HABIDO, O CONDICIÓN(ES) SECUNDARIA(S) HAN OCURRIDO PARA PROLONGAR ESTA DISCAPACIDAD?												
DESCRIBA LAS RESTRICCIONES Y/O LIMITACIONES ESPECÍFICAS QUE EVITAN QUE EL PACIENTE REALICE SU OCUPACIÓN (PERMANECER PARADO, SENTADO, ALCANZAR, LEVANTAR, LA CAPACIDAD FUNCIONAL CARDÍACA, ETC...).												
SI INDICÓ RESTRICCIONES Y LIMITACIONES ESPECÍFICAS, ¿PODRÍA SU PACIENTE REGRESAR AL TRABAJO SI EL EMPLEADOR PUEDE ACOMODAR ESTAS RESTRICCIONES Y LIMITACIONES? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
NOMBRE DEL MÉDICO				FIRMA				TÍTULO				
DIRECCIÓN												
CIUDAD							ESTADO		CÓDIGO POSTAL			
FECHA (MM/DD/AAAA)				NÚMERO DE TELÉFONO				NÚMERO DE FAX				
/ /												
DEBE SER PROPORCIONADO BAJO AUTORIDAD DE LA SECCIÓN 6109 DEL CÓDIGO DE IMPUESTOS INTERNOS (IRS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)												
NO. DE SEGURO SOCIAL DEL PRACTICANTE INDIVIDUAL						TODOS LOS DEMÁS: NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR						

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

SI TIENE EMPLEO FUERA DEL HOGAR, SU EMPLEADOR DEBE VERIFICAR SU DISCAPACIDAD AL COMPLETAR LA SECCIÓN C: DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR. FAVOR DE TOMAR EN CUENTA: SI EL ASEGURADO ES UN ESTUDIANTE, EL DIRECTOR DE LA ESCUELA DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN.

PRIMER NOMBRE DEL EMPLEADO	APELLIDO:	S.N.
----------------------------	-----------	------

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------	--------	---------------

NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / /	NÚMERO DE RECLAMO (SI ESTÁ DISPONIBLE):
--------------------	---	---

FECHA DEL ÚLTIMO DÍA QUE TRABAJÓ (MM/DD/AAAA) / /	FECHA EN QUE REGRESÓ A TRABAJAR (MM/DD/AAAA) / /	TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/>	TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>	INGRESOS MENSUALES \$,
--	---	--	---	----------------------------

NÚMERO(S) DE PÓLIZA			
---------------------	--	--	--

OCUPACIÓN DEL EMPLEADO	DESCRIPCIÓN DE LOS DEBERES PRINCIPALES DE LA OCUPACIÓN
------------------------	--

¿SE PRESENTÓ UN RECLAMO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL POR ESTA DISCAPACIDAD? Sí NO ¿SE PAGÓ? Sí NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", PORPORCIONE EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL PORTADOR DE COMPENSACIÓN. TAMBIÉN ENVÍE EL INFORME INICIAL DE LA LESIÓN.

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------	--------	---------------

NÚMERO DE TELÉFONO

EXIGENCIAS FÍSICAS DEL TRABAJO (HH = horas, MM = minutos)

SENTADO POR DÍA CAMINANDO POR DÍA SUBIENDO/BAJANDO ESCALERAS POR DÍA MANEJANDO POR DÍA
H H M M H H M M H H M M H H M M

LEVANTANDO: MENOS DE 15 LIBRAS 15 A 45 LIBRAS MÁS DE 45 LIBERAS AGACHADO/INCLINADO: NADA RARAMENTE CON FRECUENCIA

DISCAPACIDAD TOTAL: ¿CUÁLES SON LAS FECHAS EN LAS QUE EL EMPLEADO NO PUDO REALIZAR SUS DEBERES? DESDE (MM/DD/AAAA) HASTA (MM/DD/AAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	DISCAPACIDAD PARCIAL: ¿CUALES SON LAS FECHAS EN LAS QUE EL EMPLEADO SOLO PUDO REALIZAR SUS DEBERES PARCIALMENTE? DESDE (MM/DD/AAAA) HASTA (MM/DD/AAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
--	---

DURANTE LA DISCAPACIDAD PARCIAL, EL EMPLEADO RECIBIÓ 75% O MÁS DE SUS INGRESOS PREVIOS A LA DISCAPACIDAD? Sí NO SI LA RESPUESTA ES "NO", ¿CUÁL FUE EL PORCENTAJE? _____ %

DESCRIPCIÓN DE LOS DEBERES REALIZADOS (SI ESTÁ EN UNA DISCAPACIDAD PARCIAL)

NOMBRE DE CONTACTO DEL EMPLEADOR	CARGO DEL CONTACTO	FECHA (MM/DD/AAAA) / /
----------------------------------	--------------------	---------------------------

FIRMA	NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
-------	--------------------	---------------

Combined Insurance Company of America

Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 • Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930

NOTIFICACIONES DE FRAUDE

Si es residente de o si la póliza fue emitida en uno de los siguientes estados, estamos obligados a proveerle con la siguiente Notificación de advertencia de fraude:

ALABAMA: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a restitución, multas, o reclusión en prisión, o cualquier combinación de las mismas.

ALASKA: Una persona que a sabiendas y con intención de dañar, cometer fraude o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa podrá ser procesada según la ley estatal.

ARIZONA: Por su protección, la ley de Arizona requiere que figure la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida estará sujeta a sanciones penales y civiles.

ARKANSAS: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

CALIFORNIA: Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar un reclamo por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude o intentar cometer fraude a la compañía. Las sanciones podrían incluir prisión, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsa, incompleta o confusa al titular de una póliza o al reclamante con el fin de cometer fraude o intentar cometer fraude hacia el titular de la póliza o el reclamante respecto de un acuerdo o asignación pagadero del producto de un seguro será reportado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias regulatorias.

DELAWARE: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

DISTRICT OF COLUMBIA: ADVERTENCIA: Es delito proporcionar información falsa o confusa a una aseguradora con el objetivo de cometer fraude hacia la aseguradora o cualquier otra persona. Las penalizaciones incluyen el encarcelamiento y/o multas. Además la aseguradora podrá denegar los beneficios del seguro si el Solicitante proporcionara información material falsa vinculada a un reclamo.

FLORIDA: Cualquier persona que a sabiendas o con intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier asegurado presente un reclamo o solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un crimen de tercer grado.

IDAHO: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

INDIANA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude a una aseguradora presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

KENTUCKY: Todo el que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información con respecto a cualquier hecho material con ese fin comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito.

LOUISIANA: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

MAINE: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude contra la compañía. Las sanciones podrían incluir prisión, multas o la negación de los beneficios del seguro.

MARYLAND: Cualquier persona que a sabiendas o voluntariamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas o voluntariamente presente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

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

NEW HAMPSHIRE: Cualquier persona que, con el objetivo de dañar, engañar o cometer fraude contra una compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, será sujeta de procesamiento y castigo por fraude de seguros, según lo establecido en RSA 638:20.

NEW JERSEY: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa está sujeta a penalidades criminales y civiles.

NEW MEXICO: CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO POR EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O BENEFICIO O QUE A SABIENDAS PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA SER PASIBLE DE MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

NOTIFICACIONES DE FRAUDE CONTINUADAS

OHIO: Cualquier persona que con la intención de cometer fraude o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

OKLAHOMA: ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo por el producto de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

PENNSYLVANIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguros o declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información con respecto a cualquier hecho material con ese fin comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito y deja a dicha persona sujeta a sanciones penales y civiles.

PUERTO RICO: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presenta información falsa en una solicitud de seguro, o presenta, ayuda o causa la presentación de un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o cualquier otro beneficio, o presenta más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, una vez condenados, será sancionado por cada violación con la multa de no menos de cinco mil (\$5,000) y no más de diez mil (\$10,000), o un plazo fijo de encarcelamiento por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción así establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años, si existen circunstancias atenuantes, se puede reducir a un mínimo de dos (2) años.

RHODE ISLAND: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

TENNESSEE: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude contra la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o la negación de los beneficios del seguro.

TEXAS: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

VIRGINIA: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude contra la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o la negación de los beneficios del seguro.

WASHINGTON: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o confusa a una compañía de seguros con el objetivo de cometer fraude contra la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o la negación de los beneficios del seguro.

WEST VIRGINIA: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago por una pérdida o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

TODOS LOS DEMÁS ESTADOS: Todo el que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra una compañía de seguros u otras personas, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información con respecto a cualquier hecho material con ese fin comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito y está sujeto a procesamiento penal y/o sanciones civiles.

NEW YORK: Cualquier persona que a sabiendas y propósito de defraudar cualquier compañía de seguro u otra persona envía una solicitud de seguro o reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa, u oculta información de hecho pertinente con propósito de engaño, comete un acto de seguro fraudulento, el cual es un crimen, y estará sujeto a penalidad civil menor a cinco mil dólares y el valor nominal del reclamo por cada violación.

LA FIRMA DEL RECLAMANTE ES REQUERIDA

Al reclamar estas ganancias, declaro que todas las respuestas registradas en esta declaración son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. He leído la declaración de notificación de fraude aplicable. También entiendo que la compañía se reserva el derecho de solicitar u obtener más información, si se considera necesario.

X _____

FIRMA DEL RECLAMANTE

FECHA

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

Firmado en nombre del reclamante, como _____ (relación con el reclamante). Si usted es el apoderado (POA, por sus siglas en inglés), tutor legal o custodio, por favor adjunte una copia del documento que otorga tal autoridad.

Si su póliza/certificado se paga con dólares antes de impuestos, los beneficios pagados pueden ser informados al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Póngase en contacto con su empleador sobre los requisitos de información.

Debe firmar y fechar este formulario de reclamos en la línea provista en esta página.

Si no firma este formulario de reclamo, no podemos aceptar su presentación de reclamo.

Combined Insurance Company of America

Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 • Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930

CONSENTIMIENTO A TRANSACCIONES, PAGOS Y FIRMAS ELECTRÓNICAS

1. Consentimiento a las transacciones electrónicas

Al firmar y fechar este formulario, usted reconoce, acuerda y acepta, por medio de Combined Insurance Company of America ("Combined"), el uso de transacciones electrónicas, firmas electrónicas y el recibo de la versión electrónica de ciertos documentos y registros, incluyendo pero no limitado a la entrega de pólizas, reconocimientos, avisos (incluyendo, sin limitación, avisos de privacidad), formularios, facturas, explicación de beneficios, documentación de pruebas de pérdida, documentación de reclamos, comunicados, autorizaciones para obtener registros médicos, declaraciones juradas y divulgaciones, a medida que la ley lo permita. Los documentos electrónicos serán enviados en línea a su cuenta de auto-servicio de Combined. Será notificado por correo electrónico cuando hayan sido enviados. Este consentimiento, a menos que sea retirado, aplica a todas las transacciones entre usted y Combined.

Usted reconoce específicamente, como parte del consentimiento, que ciertos documentos enviados electrónicamente tendrán información confidencial e información relacionada a asuntos financieros personales ("Información financiera personal") y otra información de identificación personal; y da consentimiento a la entrega de tal información confidencial, información financiera personal e información de identificación personal por medios electrónicos. El consentimiento que usted otorgue permanecerá vigente hasta que usted lo retire.

Usted reconoce específicamente, como parte de su consentimiento, que reemplazaremos la entrega de cualquier documento impreso en particular, a nuestra entera discreción, a medida que la entrega electrónica de documentos en particular esté disponible y consintamos en entregarle los documentos de la siguiente manera: Es posible que le enviemos un correo electrónico transmitiendo dichos documentos, ya sea como texto, archivos adjuntos y/o hipervínculos de dichos correos electrónicos. Tales correos electrónicos serán enviados a la dirección de correo electrónico que tenemos registrado para usted. Usted es responsable de proporcionarnos con una dirección de correo electrónico válida al que tiene acceso regularmente y usted es responsable de notificarnos de inmediato cualquier cambio de dirección de correo electrónico. Puede realizar cambios a su correo electrónico a través de nuestro portal de auto-servicio en <https://my.combinedinsurance.com> o llamando al Departamento de atención al cliente.

Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones de Combined en forma impresa. Puede retirar este consentimiento en cualquier momento. Para retirar su consentimiento, puede llamar a nuestro Departamento de atención al cliente al 1-800-225-4500, de lunes a viernes entre 7:30 am y 6:00 pm CST o puede ir al enlace de la página www.combinedinsurance.com/us-es/contact-us para llenar y enviar un formulario de consultas generales. Su retiro, de ninguna manera, afectará ni cambiará la efectividad, validez o exigibilidad legal de cualquiera de los documentos que fueron entregados a usted electrónicamente antes de que su retiro se hiciera efectivo.

Para solicitar, sin cargo alguno, una copia impresa de cualquier documento que le fue originalmente proporcionado electrónicamente, llame a nuestro Departamento de atención al cliente.

2. Consentimiento a los pagos electrónicos

Si presenta un reclamo pagadero, Combined puede ofrecerle la opción de que reciba su pago de beneficios electrónicamente por medio de una transferencia bancaria a una cuenta corriente, una transferencia a una cuenta de PayPal, o una transferencia a una tarjeta de débito (según esté disponible). Combined no impondrá ninguna tarifa por su elección de aceptar su pago de forma electrónica, pero su institución financiera puede imponer una tarifa o cargo. Al firmar y fechar este formulario, está aceptando esta oferta y consintiendo a aceptar el pago de beneficios electrónicamente. El consentimiento de aceptar el pago de manera electrónica es voluntario. Sus pagos recibidos a través de transferencias electrónicas pueden estar sujetos a acciones de embargo o embargo si su cuenta está sujeta a la misma.

Si alguna porción de su reclamo es pagadera, recibirá un correo electrónico con un enlace para configurar una cuenta y proporcionar la ruta y el número de cuenta del banco u otra cuenta donde desee que sean depositados los fondos. Si no configura una cuenta y proporciona la información de la misma dentro de tres (3) días calendario, emitiremos automáticamente el pago mediante un cheque enviado por correo a la dirección que figura en el registro.

Los fondos no reclamados están sujetos a las leyes aplicables relativas a la propiedad no reclamada.

Al firmar y fechar este formulario, usted certifica que es el Asegurado principal de la cobertura por la cual se presentó el reclamo.

