

SOLICITUD DE CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS DE INCAPACIDAD SUPLEMENTARIOS



Por correo a: Departamento de Beneficios AWD
Apartado Postal 268898
Oklahoma City, OK 73126-8898
Llamada gratuita 1-800-267-2322
Teléfono local (405) 523-5762
Fax gratuito: 1-888-243-3453

Refierase al EOB adjunto para instrucciones de presentación

CALIFORNIA

INSTRUCCIONES PARA EL ASEGURADO

- 1. Complete la Declaración del Asegurado a continuación
2. La Declaración del Médico a Cargo debe llenarse cuando se solicite
3. Por favor devuelva este formulario de incapacidad suplementaria a la dirección arriba indicada.

LAS LEYES DE ALGUNOS ESTADOS REQUIEREN QUE LE HAGAMOS LA SIGUIENTE ADVERTENCIA:

Advertencia: Para su protección, la ley de California requiere que el siguiente texto aparezca en este formulario. Cualquier persona que conscientemente presente reclamos falsos o fraudulentos para recibir el pago por un daño, se considera culpable de haber cometido un delito y podrá recibir una multa y ser recluida en la prisión estatal.

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre) Número de cuenta
Teléfono () # de Seguro Social

- 1. ¿Está usted todavía bajo el cuidado de un médico? De ser así, por favor anote su nombre y dirección abajo:
2. ¿Estuvo usted hospitalizado desde el último reporte? De ser así, por favor anote el nombre y dirección del hospital a continuación:
3. Dé fechas de tratamiento en el consultorio del doctor desde el último reporte:
4. ¿Ha vuelto a trabajar desde su último reporte? De ser así, ¿en qué fecha?
5. ¿Cuándo espera regresar a trabajar?
6. ¿Ha tenido otras enfermedades o accidentes desde el último reporte? De ser así, por favor descríbalos:
7. ¿Ha dejado usted de trabajar? Si fuera sí, a partir de que fecha:
8. Si se aprueba su solicitud para recibir beneficios, ¿quiere que le retengamos alguna cantidad de cada cheque de beneficios para los Impuestos Federales sobre Ingresos? Si fuera sí, cantidad \$ \$20.00 mínimos a la semana Firma
9. Identifique otras fuentes y cantidades de ingresos a los que pudiera tener derecho. Esta lista debe incluir cualquier otra Cobertura de Grupo de Ingresos por Incapacidad.

INSTRUCCIONES PARA DEPÓSITO DIRECTO

Si desea que los beneficios se depositen directamente en su cuenta de cheques, complete el siguiente ACUERDO DE AUTORIZACIÓN y adjunte un cheque cancelado. Por favor recuerde que los fondos de depósitos futuros NO estarán disponibles para ser usados en menos de 3 a 4 días hábiles después de la fecha en que los beneficios sean aprobados y en que se inicie el ingreso de créditos a su cuenta.

Si ya usted presentó un ACUERDO DE AUTORIZACIÓN no complete otro, a menos que haya cambiado la información de su cuenta de Banco o Unión de Crédito.

() Sí () No ¿Quiere continuar el ACUERDO DE AUTORIZACIÓN para iniciar el ingreso de créditos a su cuenta de cheques? Si no contesta esta pregunta, American Fidelity asumirá que sigue autorizando el ingreso de créditos a su cuenta.

ACUERDO DE AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITOS AUTOMÁTICOS

Autorizo a American Fidelity Assurance Company a que inicie el ingreso de créditos a mi cuenta de cheques de la entidad depositaria cuyo nombre aparece a continuación. Esta autorización continuará en pleno vigor y efecto hasta que la Compañía reciba notificación escrita de mi parte acerca de su terminación, en tal momento y de tal manera para permitir a la Compañía y la entidad depositaria a que tomen las medidas pertinentes.

NOMBRE DEL BANCO/UNIÓN DE CRÉDITO:
DIRECCIÓN POSTAL:
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: TELÉFONO DEL BANCO:
SU NOMBRE: # S.S.:
FIRMADO: FECHA:

IMPORTANTE: Debe adjuntar un cheque cancelado para empezar los depósitos directos. No se aceptan talonarios de depósito.

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD

Por este medio autorizo a las entidades especificadas abajo a divulgar cualquier información acerca de mi expediente médico o del de mis dependientes, así como el historial de tratamientos por enfermedades físicas y/o emocionales, incluyendo pruebas psicológicas, excepto notas de psicoterapia, a personas que representen a American Fidelity Assurance Company (AFAC), involucradas en determinar si yo califico para obtener los beneficios de la cobertura de mi seguro. Dichos resultados no podrán ser divulgados o publicados. Nada en esta advertencia prohibirá que esta autorización incluya el hecho de que usted tiene SIDA.

AVISO: La información que autoriza a divulgar puede incluir información acerca de enfermedades contagiosas o venéreas tales como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) u otras afecciones por las que usted haya recibido tratamiento. Esta autorización excluye la divulgación del resultado de la prueba de VIH, en caso de que haya sido positivo pero que usted no haya desarrollado síntomas de SIDA.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización; sin embargo, si yo no firmara la autorización esto podría dar como resultado el que me nieguen los beneficios. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, escribiendo a American Fidelity Assurance Company, Departamento de Beneficios AWD, Apartado Postal 268898, Oklahoma City, Oklahoma 73126-8898, ó llamando sin costo al 1-800-267-2322. Entiendo que mi derecho a revocar esta autorización está limitado en la medida en que AFAC haya tomado acción basándose en la autorización; o en que la ley le haya dado a AFAC el derecho de impugnar la cobertura de mi seguro o un reclamo hecho bajo la cobertura de mi seguro. Una copia de esta autorización será tan válida como el original.

Entiendo que si se divulga la información protegida de la salud a una persona u organización que no está obligada a cumplir con las regulaciones de privacidad federales, la información podría volverse a divulgar y dejar de estar protegida por las regulaciones de privacidad federales.

En cuanto a cobertura del seguro de salud, esta autorización expirará a los 24 meses de la fecha en que se firme o cuando se termine mi póliza de seguro, lo que ocurra primero. En cuanto a la cobertura del seguro que no sea seguro de salud, esta autorización expirará a los 24 meses de la fecha en que se firmó o cuando expire el reclamo de beneficios, lo que ocurra primero. Para los residentes de Arizona, suministro de VIH/SIDA - la información suministrada sólo se puede divulgar por un período que no deberá exceder 180 días a partir de la fecha que aparece abajo.

Nombre del Paciente/Asegurado, en letra de molde
Firma: Fecha:

Por favor guarde una copia para su archivo personal, o bien, solicite una copia a nuestra compañía.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO A CARGO

Nombre del paciente: _____ # S.S. _____

1. DIAGNÓSTICO ACTUAL Y AFECCIONES SIMULTÁNEAS Código ICDA _____
(Si el Código del diagnóstico es diferente al ICDA* usado, dé el nombre):

2. FECHAS DE SERVICIO
Fechas de atención médica, desde el último reporte.

3. Cual es el programa de tratamiento programado, los próximos 6 meses? _____

4. ALCANCE DE LA INCAPACIDAD
- a. ¿Se encuentra el paciente totalmente incapacitado? Sí No
Para cualquier ocupación Para su ocupación regular
Desde _____ Hasta _____ Desde _____ Hasta _____
- b. Si no, ¿cuándo pudo ir a trabajar el paciente? _____ Mes _____ Día ____ 20____ Mes _____ Día ____ 20____
- c. Si fuera sí, es el paciente un candidato adecuado para un programa de rehabilitación? Sí No

5. SI EL PACIENTE HA SIDO HOSPITALIZADO DESDE EL ÚLTIMO REPORTE, DÉ EL DIAGNÓSTICO DE ADMISIÓN: _____ ICDA _____
Fecha de admisión Fecha de alta
6. EL PACIENTE ESTABA PARCIALMENTE INCAPACITADO DESDE _____ HASTA _____

7. ¿SIGUE ATENDIENDO AL PACIENTE POR ESTA AFECCIÓN? Sí No Si le dio de alta, suministre la fecha.

| Fecha | Nombre del médico (Letra de molde) | Firma | Título | Teléfono |
|-----------|------------------------------------|-------|--------|---------------|
| Dirección | Ciudad | | Estado | Código postal |

+O – Consultorio del doctor
H – Casa del paciente

IH – Hospital para pacientes internos
OH – Hospital para pacientes externos

NH – Hogar de ancianos
OL – Otros establecimientos

*ICDA – Clasificación Internacional de las Enfermedades

**CPT – Terminología Procesal Actual (edición vigente)