

Reclamación de pago complementario del empleado



Instrucciones:

El objetivo de este formulario es la presentación de documentos adicionales después de haber presentado la reclamación inicial. Llene un formulario para cada miembro de la familia.

Complete todas las secciones que correspondan incluyendo la sección de autorización. **Adjunte una copia de la factura detallada, las historias clínicas o cualquier otra documentación que respalde esta reclamación para beneficios.** La documentación debe incluir el nombre del proveedor del servicio, el tipo de servicio y la fecha del servicio. Consulte la póliza para ver los elementos y servicios cubiertos.

Envíe este formulario y la documentación adjunta a la dirección, número de fax o dirección de correo electrónico indicada al pie de este formulario.

Información del empleado

Nombre del empleado _____ Nombre del empleador _____ N° de teléfono del empleador _____

N° de póliza _____ Número de Seguro Social _____ N° de teléfono _____

Dirección postal _____ Correo electrónico _____

¿Sigue siendo empleado titular de la póliza? Sí No Último día en el que trabajó _____

Marque el tipo de beneficio que está reclamando

Póliza de accidente Fecha del accidente _____ Descripción del accidente _____

Póliza de cáncer _____

Póliza de enfermedad grave _____

Comentarios sobre la presentación de esta reclamación _____

Información del reclamante

Esta reclamación es para: Nombre _____ Mí mismo Cónyuge Dependiente

Fecha de nacimiento del reclamante _____ Número de Seguro Social _____

(Si es distinto del asegurado)

Información del médico

Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección _____

Información del hospital:

Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección _____

Yo autorizo a proveedores de servicios médicos, compañías de seguro, agencias de información para el consumidor, la Administración del Seguro Social, organismos gubernamentales, instituciones de enseñanza, agencias del orden público o empleadores que tengan información médica acerca de cualquier afección física o mental mía, rehabilitación o información de carácter no médico sobre mi persona a entregar toda dicha información a Union Security Insurance Company, o a su representante. **YO ENTIENDO** que la información obtenida mediante esta autorización será usada por Union Security Insurance Company para determinar mi elegibilidad para los beneficios. Entiendo que una copia fotografiada de esta autorización será tan válida como la original. Reconozco y acepto que esta autorización será válida mientras perdure la reclamación. Esta autorización no está regida por la ley HIPAA, pero, de ser necesario, se me podría solicitar que firmara un formulario de autorización HIPAA, para permitir que Union Security Insurance Company use y divulgue información protegida de carácter médico.

Si recibo un beneficio mayor del que se me debería haber pagado, entiendo que esta compañía de seguro tiene el derecho a exigir que yo devuelva el pago en exceso, incluyendo los derechos de reducir o ajustar beneficios futuros, si los hubiera.

Firma del reclamante _____ Fecha _____

Los productos y servicios comercializados por Sun Life Financial son suscritos y/o prestados por Union Security Insurance Company.

© 2017 Sun Life Assurance Company of Canada, Wellesley Hills, MA 02481. Todos los derechos reservados. Sun Life Financial y el símbolo del globo son marcas comerciales registradas de Sun Life Assurance Company of Canada. Visítenos en www.sunlife.com/us

Sun Life Financial 300 Southborough Drive, Suite 200 South Portland, ME 04106-6914

T 877.820.5306 F 866.376.9480

SLFWorksitelclaims@disabilityrms.com

KC4700-S - 0901 (7/2017)