

# Instrucciones del Formulario de Reclamos de Accidente

---

*El formulario de reclamo DEBE estar firmado y fechado.*

## Sección I – INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

- ❖ Envíe un formulario de reclamo completo por correo o por fax.

## Sección II – Explicación de los beneficios (EOB)

- ❖ Envíe facturas médicas detalladas para su consideración de pago a nuestra oficina. Si existe otro seguro, incluya la Explicación de Beneficios (EOB) correspondiente de la otra compañía de seguros
- ❖ Si es un Reclamo de Accidente de carro por favor incluir el reporte policial y la Explicación de Beneficios (EOB) correspondiente de la otra compañía del seguro de carro.

## Cómo presentar un reclamo médico

Se adjunta un formulario de reclamo para su póliza de accidentes. Por favor, envíe las reclamaciones y preguntas a la siguiente dirección:

**Administrative Concepts, Inc.**

PO Box 4000

Collegeville, PA 19426

Teléfono: 888-293-9229

Fax: 610-293-9299

Correo electrónico:

[aciclaims@acitpa.com](mailto:aciclaims@acitpa.com)

[www.acitpa.com](http://www.acitpa.com)

# Formulario de Reclamos General por Accidente

## PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

La prueba del incidente debe presentarse dentro de los 90 días posteriores al accidente, se deben presentar facturas adicionales dentro de los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento. Los formularios de reclamación incompletos darán lugar a un retraso en el procesamiento.

Por favor complete la lista de verificación:

Formulario de reclamo completo firmado

Adjuntar todas las cuentas médicas

Adjuntar todos los records médicos

Foto de la lesión (si corresponde)

Explicación de los beneficios de otra compañía de seguros (si corresponde)

Otros (si procede): \_\_\_\_\_

Sección I - Información del asegurado				
Nombre del asegurado		Número de certificado/póliza	Número de grupo (Opcional)	
Número de teléfono		Correo electrónico		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Sección II - Información al paciente				
Nombre del paciente (si es diferente al del titular de la póliza)		Fecha de nacimiento del paciente	Paciente SSN (Opcional)	
Otros seguros		¿El paciente tiene algún otro seguro médico o complementario? Seleccione todo lo que corresponda:		
		Médico	Auto	Suplementario
		Medicare	Medicaid	Algun programa estatal
				Propietarios de viviendas
				Compensación al trabajador
Sección III - Información sobre el daño				
Fecha del informe / Fecha de la lesión / Muerte		¿Relacionado con su ocupación?		¿Se ha presentado esto ante la Compensación del trabajador (¿Workers comp?)?
		Sí	No	Sí
				No
Lugar donde ocurrió el accidente / muerte		Ciudad	Estado	Código Postal
Naturaleza de la lesión/causa de muerte				
Descripción del incidente				
Describa todas las lesiones con códigos de diagnóstico (si están disponibles). <i>Proporcione una prueba de diagnóstico de facturación médica o declaración médica firmada.</i>				
Fechas de Servicio/Tratamiento			Tipo de tratamiento	
¿Hubo confinamiento hospitalario? <i>En caso afirmativo, envíe una factura detallada del hospital, incluidos los cargos de habitación.</i>			¿Hubo transporte en ambulancia? <i>En caso afirmativo, envíe la factura de la ambulancia.</i>	
Centro Médico/Centro de Tratamiento	Médico de cabecera/ Centro de atención			
	Dirección			
	Ciudad	Estado	Código Postal	
	Número de teléfono		Número de fax	

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte perjudicada

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario/Dependiente

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido

\_\_\_\_\_  
Dirección Beneficiario/Dependiente

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono y

\_\_\_\_\_  
Fecha CL\_GEN\_ACC-ACI

## AUTORIZACIÓN HIPAA

POR LA PRESENTE, AUTORIZO A CUALQUIER DENTISTA, MÉDICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, ORGANIZACIÓN O PATROCINADOR DEL PLAN A DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN, INCLUIDAS COPIAS COMPLETAS DE SUS REGISTROS, A PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, SU ADMINISTRACIÓN PARA CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIOS O BENEFICIOS PRESTADOS O PAGADEROS A MÍ EN MI NOMBRE. UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA COMO ORIGINAL. **POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERDADERAS Y CORRECTAS, A MI LEAL SABER Y ENTENDER. QUIENQUIERA QUE EN CUALQUIER DOCUMENTO REQUERIDO POR EL TÍTULO DE LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS DE 1974 HAGA CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA O REPRESENTACIÓN DE HECHO SERÁ MULTADO CON NO MÁS DE \$ 10,000, O ENCARCELADO NO MÁS DE CINCO AÑOS O AMBOS.**

---

Firma (reclamante o persona autorizada)

---

Fecha

---

Imprimir nombre

## ADVERTENCIA DE FRAUDE

Para su protección, las leyes de varios estados, incluyendo Alaska, Connecticut, Distrito de Columbia, Delaware, Georgia, Indiana, Illinois, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Carolina del Norte, Nebraska, Nevada, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Utah, Wyoming, Wisconsin y otros requieren que la siguiente declaración de advertencia o sustancialmente similar aparezca en este formulario.

### ADVERTENCIA DE FRAUDE

"Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una solicitud y / o presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta y engañosa es culpable de fraude de seguros que es un delito grave".

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DE ALABAMA Y ARKANSAS

"Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para 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 puede estar sujeta a multas de restitución o confinamiento en prisión, o cualquier combinación de los mismos".

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DE ALASKA, MINNESOTA

"Una persona que a sabiendas, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presenta un reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito y puede ser procesada bajo la ley estatal"

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DE ARIZONA, NUEVA JERSEY

"Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles. "

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA TEXAS Y CALIFORNIA y RESIDENTES DE TEXAS

Para su protección, la Ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario (solo para California): "Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal".

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DE COLORADO

"Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera con los ingresos del seguro se informará a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras ".

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA, TENNESSE, VIRGINIA Y WASHINGTON

ADVERTENCIA: "Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa materialmente relacionada con un reclamo".

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DE FLORIDA, DELAWARE, IDAHO, INDIANA, OKLAHOMA

"Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado".

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DE KENTUCKY, MASSACHUSETTS, NEBRASKA Y PENNSYLVANIA

"Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa sobre cualquier hecho material de la misma, puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, que puede ser un delito y puede someter a la persona a sanciones penales y civiles".

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DE LOUISIANA, MARYLAND, NUEVO MÉXICO, RHODE ISLAND Y VIRGINIA OCCIDENTAL

"Cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento para 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 puede estar sujeta a multas civiles y confinamiento en prisión".

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DE OHIO

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

### ADVERTENCIA DE FRAUDE PARA RESIDENTES DE PUERTO RICO

"Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o instigue en la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y si es encontrado culpable será castigado por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$ 5,000), no exceder de diez mil dólares (\$10,000); o encarcelado por un plazo fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, la pena fija de cárcel puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias atenuantes, la pena de cárcel puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.