
Declaración de reclamación por cáncer

Para su protección, la legislación estatal exige las siguientes divulgaciones, las cuales se basan en el estado en que usted reside:

Si usted vive en el estado de Nueva York, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información importante falsa, o que oculte, con propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante al respecto, cometerá un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y dicha persona estará sujeta a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación.

Si usted vive en el estado de Alaska, la siguiente declaración es válida para usted:

Una persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, podría ser procesada conforme a la legislación estatal.

Si usted vive en el estado de Alabama, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas o reclusión en prisión o cualquier combinación de las mismas.

Si usted vive en los estados de Arkansas, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, New Mexico, Rhode Island, Texas o West Virginia, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas y reclusión en prisión.

Si usted vive en el estado de Arizona, la siguiente declaración es válida para usted:

Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que, deliberadamente, remita una reclamación falsa o fraudulenta para recaudar retribución por concepto de una pérdida, estará sujeta a la aplicación de penalidades criminales y civiles.

Si usted vive en el estado de California, la siguiente declaración es válida para usted:

Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Si usted vive en el estado de Colorado, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha compañía es considerado un acto ilícito, si dicha información o datos fueran remitidos deliberadamente. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, deliberadamente, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un titular de una póliza o reclamante, con la finalidad defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en torno a alguna liquidación o pago de los réditos provenientes de un seguro, será reportado a la Colorado Division of Insurance, la cual forma parte del Department of Regulatory Agencies.

Si usted vive en el Distrito de Columbia, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un beneficio o retribución por una pérdida o presente deliberadamente información falsa en una solicitud para seguro, será culpable de delito y podría ser objeto de multas y reclusión en prisión.

Si usted vive en los estados de Delaware, Idaho o Indiana, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una declaración relacionada con una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito.

Si usted vive en el estado de Florida, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, remita una declaración relacionada con una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito de tercer grado.

Sun Life Financial es la marca privada de los productos de seguro suscritos y emitidos 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.

A continuación se indica nuestro Centro de Beneficios y la dirección, el número de la línea gratuita, el número de fax y el correo electrónico correspondientes:

Sun Life Financial 300 Southborough Drive, Suite 200 South Portland, ME 04106-6914
• T 877.820.5306 • F 866.376.9480 SLFWorksiteclaims@disabilityrms.com

Si usted vive en el estado de Kansas, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información importante falsa, o que oculte, con propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante al respecto, puede ser culpable de fraude en materia de seguros conforme los determine un tribunal judicial.

Si usted vive en el estado de Kentucky, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a cualquier otra persona, remita una declaración relacionada con una reclamación con información materialmente falsa o que oculte datos materialmente relacionados con dicha documentación con la finalidad de engañar, habrá cometido un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual es un delito.

Si usted vive en el estado de Maryland, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que presente, a sabiendas o intencionalmente, una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Si usted vive en el estado de Maine, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros en forma deliberada y con la finalidad de defraudar a la misma, es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

Si usted vive en el estado de New Hampshire, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una declaración relacionada con una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa será objeto de procesamiento y pena por fraude en materia de seguros, como se establece en RSA 638:20.

Si usted vive en el estado de New Jersey, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Si usted vive en el estado de Ohio, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

Si usted vive en el estado de Oklahoma, la siguiente declaración es válida para usted:

ADVERTENCIA: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, remita una reclamación para recaudar los réditos provenientes de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de haber cometido un delito grave.

Si usted vive en el estado de Oregon o Virginia, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, puede haber violado la ley estatal.

Si usted vive en el estado de Tennessee o Washington, la siguiente declaración es válida para usted:

El suministro de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros en forma deliberada y con la finalidad de defraudar a la misma, es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

Si usted vive en el estado de Vermont, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, deliberadamente, presente una declaración falsa en una solicitud para seguro puede ser culpable de un delito y estar sujeta a sanciones conforme a la ley estatal.

Si usted vive en un estado distinto a los mencionados anteriormente, la siguiente declaración es válida para usted:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información importante falsa, o que oculte, con propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante al respecto, cometerá un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Para evitar demoras innecesarias, asegúrese de completar todas las secciones de la Declaración de reclamación siguiendo las instrucciones y NO SEPARE las páginas.

Instrucciones para empleados asegurados para presentar una Reclamación por cáncer

1. Complete la Parte 1 y la Parte 4.
2. Complete la Parte 2 o la Parte 3 si se trata de la reclamación de un dependiente.
3. Solicite al médico que complete la Parte 5.
4. Firme y feche las Secciones de Autorización.
5. Presente documentación:

Adjunte una factura detallada o la Explicación de beneficios (EOB) del seguro médico para cada uno de los cargos a considerar. Para obtener cierta documentación puede solicitar a su proveedor de atención médica una copia de la factura del hospital (UB04) o HCFA1500 (factura no hospitalaria).

Por favor, incluya los siguientes documentos para todo lo que corresponda:

Servicios hospitalarios: copia de la factura del hospital indicando el diagnóstico, el tratamiento, los servicios y los días de internación

Servicios quirúrgicos: una copia del informe quirúrgico

Servicios clínicos: una copia de las facturas médicas indicando el tratamiento recibido y/o los servicios prestados

Servicios auxiliares: una copia de las facturas de ambulancias, alojamiento, traslado u otro tipo de atención o servicios cubiertos

Beneficio de Detección de cáncer: Consulte la póliza para ver las pruebas o procedimientos cubiertos. Si está presentando una reclamación para este beneficio, use la **Declaración de Reclamación para Detección de cáncer (KC4916)**.

Autorización para la divulgación de información protegida de carácter médico - HIPAA



Nombre del asegurado/Miembro _____

N° Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del reclamante _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° de póliza _____ N° de participación _____ N° de cuenta _____ N° de certificado _____

Personas/Categorías de personas que brindan la información: Proveedores de servicios médicos, compañías de seguro o reaseguro o sus representantes autorizados, farmacias, administradores de beneficios de farmacia o entidades de servicios relacionadas con farmacia, la Administración del Seguro Social, organismos gubernamentales, agencias de información para el consumidor, proveedores vocacionales o empleadores que tengan información médica, con respecto a cualquier afección física o mental mía o información de carácter no médico sobre mi persona.

Personas/Categorías de personas que reciben la información: Union Security Insurance Company o Union Security Life Insurance Company, y sus representantes autorizados (en adelante, las "Compañías").

Por la presente, autorizo el uso o divulgación de mi información protegida de carácter médico de la forma que se describe a continuación:

Información a ser divulgada: Toda la información necesaria para permitir que las Compañías determinen mi elegibilidad para los beneficios y para tramitar mi reclamación. Dicha información podría incluir, pero no limitarse a: todos los expedientes médicos/dentales relacionados con mi salud física y/o mental con fines de tratamiento o evaluación (excluyendo anotaciones de psicoterapia), expedientes de farmacia, pruebas de fuerza/funcionamiento, expedientes referentes a mi historial de ingresos y aportes de FICA al Seguro Social, Compensación para trabajadores, Discapacidad del Estado, crédito, e historial de empleo y ganancias.

El único propósito de esta divulgación es para la adjudicación de mi reclamación de los beneficios de seguro correspondientes a la Póliza indicada antes.

Entiendo lo siguiente:

Entiendo lo siguiente:

- Tengo derecho a rehusarme a firmar esta autorización; no obstante, si me rehúso a firmar esta autorización, entiendo que es posible que las Compañías no puedan recopilar la información necesaria para determinar si soy elegible para obtener cobertura o beneficios establecidos en una de las pólizas de seguro de las Compañías. Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización tiene la misma validez que el original. Si así lo solicito, puedo obtener una copia de esta autorización.
- Esta autorización es voluntaria. Puedo revocarla en cualquier momento, enviando la solicitud por escrito a Sun Life Financial, Privacy Office, PO Box 419052, Kansas City, MO 64141-6052. Dicha revocación no afectará las acciones que las Compañías hubieran emprendido antes de recibir la revocación.
- La legislación federal exige que nosotros le comuniquemos a usted que la información que recogemos podría, en algunas circunstancias, volver a ser divulgada por nosotros a terceros y, por tanto, ya no quedar protegida por la legislación federal. Solo para Oklahoma - tenemos la obligación de informarle a usted que **la información que se autoriza a divulgar podría incluir información que pudiera indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible.**
- Entiendo que toda la información obtenida mediante esta autorización podría ser divulgada o usada por el asegurado conforme a la póliza indicada antes.
- Entiendo que toda la información obtenida mediante esta autorización podría ser usada y divulgada por planes conformes o no conformes a la Ley HIPAA.
- Esta autorización entra en vigencia a partir de la fecha de la firma al pie hasta que finalice mi reclamación.

FIRMA DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE LEGAL

RELACIÓN CON EL ASEGURADO/MIEMBRO

USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN

Declaración de reclamación por cáncer



Parte 1 – A ser completada por el empleado asegurado (Escribir a máquina o en letra de molde.)

Nombre completo (Como figura en su tarjeta del Seguro Social.)		Número de póliza	
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador	
Esta reclamación es presentada por: <input type="checkbox"/> Propio asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		<input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono particular	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono celular		Correo electrónico	

Parte 2 – A ser completada por el cónyuge si los beneficios son para él/ella (Escribir a máquina o en letra de molde.)

Nombre completo (Como figura en su tarjeta del Seguro Social.)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono celular	

Parte 3 – A ser completada por el dependiente si los beneficios son para él/ella (Escribir a máquina o en letra de molde.)

Nombre completo (Como figura en su tarjeta del Seguro Social.)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento	¿Casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de Seguro Social	Teléfono celular
Si tiene más de 19 años, pero menos de 25, ¿es estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si responde "Sí", adjunte copia del informe de calificaciones del último semestre.			
Nombre de la escuela		Teléfono de la administración de la escuela	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Si es apoderado, tutor o custodio, adjunte una copia del documento que otorga dicha autoridad y firme a continuación.

Firma _____ Relación con el reclamante _____

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, con respecto a 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 uno o todos sus representantes. **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 fotocopia 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, me podrían 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 _____

Parte 4 – Información sobre la reclamación (Escribir a máquina o en letra de molde. Si es necesario, adjunte una hoja adicional.)

Esta es una reclamación Inicial Recurrente

Nombre del médico de atención primaria	Teléfono
--	----------

Dirección del médico de atención primaria

Nombre del hospital	Teléfono
---------------------	----------

Dirección del hospital

Fecha en la que se diagnosticó cáncer por primera vez

La siguiente lista de verificación puede ayudarle para la presentación.

Los beneficios se basarán en el nivel actual de beneficios escogidos. Consulte la póliza para ver los detalles.

Elementos del Nivel 1 y 2 (Marque todas las que correspondan.)

- Internación hospitalaria Radiación y
- quimioterapia Paciente
- ambulatorio/internado sangre y plasma
- Hospicio
- Centro de atención prolongada
- Visitas de médico como paciente internado
- Visitas de médicos después de la internación
- Prótesis
 - Aparatos implantados quirúrgicamente
 - Otros dispositivos
- Servicio de ambulancia
- Alojamiento
- Segundas opiniones quirúrgicas
- Cáncer de piel
- Cirugía y anestesia general

Elementos del Nivel 2 (Marque todas las que correspondan.)

- Primera aparición
- Cuidados alternativos
 - Atención integrativa/Educación
 - Cuidados paliativos
 - Beneficio de estilo de vida
- Tratamiento experimental
- Imagenología médica
- Evaluación/Consulta Instituto Nacional del Cáncer
- Medicación contra las náuseas
- Trasplante de médula
 - Asegurado
 - Donante
- Trasplante de células madre
- Inmunoterapia
- Atención médica domiciliaria
- Servicios de enfermería
- Traslado
- Cirugía reconstructiva
- Cirugía ambulatoria

EL PACIENTE DEBE PAGAR CUALQUIER COSTO EN EL QUE SE INCURRA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO.

Parte 5 – Declaración del Médico - Esta declaración debe ser completada por un médico. (Escribir a máquina o en letra de molde)

Fecha de la aparición de los síntomas por primera vez	Diagnóstico	Fecha del diagnóstico	Código ICD-9
---	-------------	-----------------------	--------------

¿Este paciente ha sido tratado por la misma afección o una afección parecida antes de este caso? Sí No

Si responde "Sí", indique el diagnóstico, las fechas de tratamiento y los nombres de los otros proveedores médicos.

Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de cualquier médico remitente.

Hasta donde usted sabe, ¿su paciente ha consumido productos de tabaco en los últimos 12 meses? Sí No

¿Es usted padre, cónyuge, hijo, hermano, pareja de hecho, abuelo o nieto del paciente? Sí No

Para servicios relacionados con una internación hospitalaria, indique lo siguiente. (Escribir a máquina o en letra de molde.)

Nombre del hospital				
Dirección del hospital	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Fecha de ingreso		Fecha del alta		

Información referente al médico (Escribir a máquina o en letra de molde.)

Nombre	Título	Especialidad/Certificación profesional		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono		Fax		
Firma del médico			Fecha	

NO ESCRIBA UNA FECHA ANTERIOR