



Envíelo a Blue Cross and Blue Shield of Illinois, P.O. Box 7070, Downers Grove, IL, 60515, Attn: Claims Department; envíelo por fax al (855) 645-8242, o envíelo por correo electrónico a groupsupplementalClaimsIL@BCBSIL.com.

SECCIÓN PARA EMPLEADOS	Nombre del empleador/grupo: _____	Número de grupo: _____	Contacto del grupo: _____
Nombre del empleado: _____		Fecha de nacimiento: _____	
N.º del Seguro Social: _____	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Dirección postal: _____	
Dirección de correo electrónico: _____		Número de teléfono preferencial: _____	
SECCIÓN PARA DERECHOHABIENTES	COMPLETAR ESTA SECCIÓN SI LA RECLAMACIÓN ES PARA UN DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo		
Nombre del derechohabiente: _____	N.º del Seguro Social: _____	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento: _____	Número de teléfono preferencial del derechohabiente: _____		
SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES			
Enumere los problemas médicos por los que presenta la reclamación de un beneficio (consulte las condiciones a continuación)		Fecha en la que aparecieron los síntomas por primera vez: _____	
¿Ha tenido alguna vez el asegurado el mismo problema médico o uno similar en el pasado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fechas de tratamientos anteriores: _____			
En caso afirmativo, brinde los nombres, direcciones y números de teléfono y fax de los médicos que trataron anteriormente al paciente: _____ _____			
Indique el nombre del hospital y las fechas de hospitalización, si corresponde:			
Nombre del hospital: _____ Fecha de ingreso al hospital: _____ Fecha de alta: _____			
Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico que trata al asegurado por este problema médico en la actualidad: _____			
MARQUE EL PROBLEMA MÉDICO POR EL QUE RECLAMA UN BENEFICIO. Es posible que no todos los servicios médicos ni beneficios estén disponibles en su cobertura. Consulte su certificado de cobertura.			
IMPORTANTE: LE ROGAMOS QUE ADJUNTE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS PERTINENTES, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, LAS NOTAS DE PROGRESO, LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS, LOS RESÚMENES DE INGRESO/ALTA Y EL INFORME OPERATIVO.			
PROBLEMAS MÉDICOS			
<input type="checkbox"/> Tumor cerebral benigno	<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión, el habla o la audición	Problemas médicos neurológicos:	
<input type="checkbox"/> Carcinoma <i>in situ</i>	<input type="checkbox"/> Quemaduras importantes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer avanzada	
<input type="checkbox"/> Coma causado por lesiones traumáticas graves al cerebro	<input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca mayor	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple avanzada	
<input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria	<input type="checkbox"/> Fallo de órganos principales	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson avanzada	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal	<input type="checkbox"/> Contagio de VIH en el trabajo	<input type="checkbox"/> Esclerosis lateral amiotrófica (ALS, en inglés)	
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Parálisis	Problemas médicos de la infancia:	
<input type="checkbox"/> Cáncer invasivo	<input type="checkbox"/> Infección grave de COVID-19	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	
<input type="checkbox"/> Pérdida de extremidad	<input type="checkbox"/> Cáncer de piel	<input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido	
	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	
		<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	
		<input type="checkbox"/> Espina bífida	
Certifico que he leído este documento y que la información es precisa y completa. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.			
Firma del empleado _____			
Nombre en letra de imprenta _____			Fecha _____



Envíelo a Blue Cross and Blue Shield of Illinois, P.O. Box 7070, Downers Grove, IL, 60515, Attn: Claims Department; envíelo por fax al (855) 645-8242, o envíelo por correo electrónico a groupsupplementalClaimsIL@BCBSIL.com.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (necesitaremos una autorización separada para la divulgación de notas de psicoterapia).

Autorizo a todo médico, profesional médico, farmacéutico u otro proveedor de servicios de atención médica, hospital, clínica, otro centro médico o institución relacionada con la medicina; oficina del médico forense; compañía de seguros o reaseguros; agencia gubernamental; departamento de trabajo; autoridades policiales o departamento de seguridad pública; titular de la póliza de grupo; empleador; o al administrador de la póliza o de la cobertura a divulgar información de los registros de:

Nombre del paciente:

Form fields for Apellido, Nombre, Segundo nombre, and Fecha de nacimiento

Información del paciente que se divulgará:

- Datos o registros relacionados con su historia clínica, tratamiento, medicamentos con receta, consultas, autopsias (incluidos informes médicos, expedientes, cuadros, notas [excepto las notas de psicoterapia], radiografías, películas o correspondencia, y cualquier problema médico).
Cualquier información relacionada con la cobertura de seguro.
Informe del accidente o cualquier informe de investigación oficial (como informes de la policía, los bomberos, la Administración Federal de Aviación [FAA, en inglés], la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional [OSHA, en inglés] o de toxicología).
La información será divulgada a:

Blue Cross and Blue Shield of Illinois
P.O. Box 7070
Downers Grove, IL 60515

- Entiendo que la Compañía utilizará la información obtenida mediante esta autorización para evaluar mi reclamo de beneficios por enfermedad crítica. La Compañía solo divulgará dicha información:
- A su reasegurador o a otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mis reclamaciones.
- Según lo exija la ley.
- Según lo que yo autorice posteriormente.
Entiendo, además, que si rehúso firmar esta autorización se me pueden rechazar los beneficios.
Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley federal.
Entiendo que puedo revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la Compañía haya tomado medidas basándose en esta autorización. Si no se recibe la revocación por escrito, esta autorización se considerará válida por un período que no excederá los 24 meses a partir de la fecha de la firma a continuación. Para iniciar la revocación de esta autorización, dirija toda la correspondencia a la Compañía, a la dirección mencionada anteriormente.
Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Firma (paciente o representante)

Nombre en letra de imprenta Fecha

Si usted es el representante legal del paciente, podríamos pedir documentación adicional.

Dirección: Calle Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono

Envíelo a Blue Cross and Blue Shield of Illinois, P.O. Box 7070, Downers Grove, IL, 60515, Attn: Claims Department; envíelo por fax al (855) 645-8242, o envíelo por correo electrónico a groupsupplementalClaimsIL@BCBSIL.com.

SEASONS OF LIFE

Si tiene cobertura médica con Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) a través de su empresa, es elegible para recibir servicios especiales a través del programa Seasons of Life. El personal de Seasons of Life ofrece apoyo personalizado y asistencia con las reclamaciones médicas de BCBSIL.

La participación en el programa Seasons of Life es voluntaria y no afecta a sus beneficios médicos vigentes de BCBSIL para enfermedades críticas.

Si usted tiene cobertura médica de BCBSIL a través de su empleador y le gustaría que un miembro del personal de Seasons of Life se comunique con usted, ofrezca la información solicitada. Con su firma a continuación, usted autoriza a BCBSIL a divulgar su información de contacto al personal de Seasons of Life de BCBSIL.

Número médico de grupo de BCBSIL _____ Identificación médica del asegurado de BCBSIL _____

Nombre del grupo _____

Firma _____ Nombre en letra de imprenta _____



Conforme a las leyes de algunos estados debemos proporcionarle el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMACIONES:

Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta 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 podrá ser objeto de multas resarcitorias o encarcelamiento, o una combinación de estos.

California: Para su protección, en California se exige por ley que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener o modificar una cobertura de seguro o para presentar una reclamación para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos esenciales falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Entre las sanciones se podrían incluir el encarcelamiento, las multas, el rechazo del seguro y la reparación civil por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de seguros de una compañía que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a titulares de póliza o reclamantes con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagaderos de los beneficios del seguro deberá ser denunciado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía de seguros o a cualquier otra persona. Se sanciona con encarcelamiento o multas. Además, la aseguradora puede rechazar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada sustancialmente con una reclamación.

Hawái: Para su protección, en Hawái se exige por ley que se le informe que si se presenta una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio se comete un delito que se castiga con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una demanda que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir al error, información relativa a algún hecho sustancial del mismo actúa de forma fraudulenta contra el seguro y comete un delito.

Maryland: Toda persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento.

Nuevo México: Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta de indemnización por pérdida o ganancia, o que deliberadamente proporcione información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de delito y podría quedar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una afirmación falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

Oklahoma: Toda persona que, a sabiendas, con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente cualquier reclamación por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una demanda que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir al error, información relativa a algún hecho sustancial del mismo actúa de forma fraudulenta contra el seguro y comete un delito. Será objeto de sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, contribuya o cause la presentación de una reclamación fraudulenta para el pago de un siniestro o cualquier otro beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o siniestro, incurrirá en un delito grave y, una vez condenada, será sancionada por cada violación con la multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000), o un plazo de encarcelamiento fijo de tres (3) años, o recibirá ambas sanciones. En caso de circunstancias agravantes, la multa establecida podría aumentarse a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta 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 podrá ser objeto de multas o encarcelamiento.

Tennessee: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Entre las sanciones se incluyen el encarcelamiento, las multas y el rechazo de los beneficios del seguro.

Washington: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Entre las sanciones se incluyen el encarcelamiento, las multas y el rechazo de los beneficios del seguro.

Virginia Occidental: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta 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 podrá ser objeto de multas o encarcelamiento.



Conforme a las leyes de algunos estados debemos proporcionarle el siguiente aviso:

PARA RECLAMACIONES ÚNICAMENTE:

Alaska: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser enjuiciada conforme a la ley estatal.

Arizona: Para su protección, en Arizona se exige por ley que la siguiente manifestación aparezca en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro será objeto de sanciones penales y civiles.

Arkansas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta 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 podrá ser objeto de multas o encarcelamiento.

Delaware: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Idaho: Toda persona que, a sabiendas, y con la intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una manifestación de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

Minnesota: Cualquier persona que presente una reclamación con la intención de defraudar o que ayude a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

New Hampshire: Toda persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una demanda que contenga información falsa, incompleta o engañosa será objeto de enjuiciamiento y sanciones por fraude al seguro, según se estipula en la sección 638:20 del estatuto NH RSA.

Nueva Jersey: Toda persona que, a sabiendas, presente una demanda que contenga información falsa o engañosa será objeto de sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Nueva Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro será objeto de sanciones penales y civiles.