

Enviar a Life Department Claim Office, Critical Illness Team, PO Box 14334 Lexington KY 40512

Servicio al Cliente: (800) 268-2525 Fax: (610) 807-2999

Los documentos se pueden enviar electrónicamente en www.GuardianAnytime.com. Haga clic en "Secure Channel" (Canal seguro) en la página de inicio de Guardian Anytime.

| | | | | | | | |
|--|------------------|--|-------------------|--|---------------------------------------|---|--|
| SECCIÓN DEL EMPLEADOR | | | | Para evitar demoras, complete la información de reclamación de identificación en cada página. | | | |
| 1. Nombre del empleado: | | 2. Número de plan: | | 3. Fecha de nacimiento: | | 4. N.º de Seguro Social: | |
| 5. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | 6. Estado civil: | 7. Dirección postal: Dirección de correo electrónico (opcional): | | | 8. Número de teléfono de preferencia: | | |
| SECCIÓN DEL DEPENDIENTE | | | | COMPLETE ESTA SECCIÓN SI LA RECLAMACIÓN ES PARA EL DEPENDIENTE. | | | |
| 9. Nombre del dependiente: | | | | 10. Número de teléfono de preferencia del dependiente: | | | |
| 11. Fecha de nacimiento: | | 12. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | 13. Estado civil: | | 14. Número de Seguro Social: | | |
| SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN | | | | | | | |
| 15. Enumere la afección por la cual reclama un beneficio (consulte la página n.º 2). | | | | 16. ¿En qué fecha aparecieron los síntomas por primera vez? | | | |
| Si necesita espacio adicional para las preguntas n.º 17 a 21, adjunte una hoja separada. | | | | | | | |
| 17 Indique el nombre del hospital y las fechas de hospitalización, si corresponde: Nombre del hospital: Admisión: ___/___/___ Alta: ___/___/___ | | | | | | 18. Fecha de fallecimiento del asegurado, si corresponde: | |
| 19. Nombre, dirección completa, números de teléfono y fax del médico de familia: | | | | | | | |
| 20. Nombres, direcciones completas, números de teléfono y fax de médicos y hospitales que trataron al asegurado por esta enfermedad o lesión: | | | | | | | |
| 21. ¿Ha tenido el asegurado alguna vez la misma afección o una similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas previas de tratamiento: En caso afirmativo, proporcione nombres, direcciones y números de teléfono y fax de los médicos que trataron previamente al asegurado. | | | | | | | |
| 22. Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica, otro centro de salud, agencia de informe de crédito, la Oficina de Información Médica, compañía de seguros o reaseguros, o empleador a divulgar toda mi información médica y no médica que tenga a su disposición a The Guardian Life Insurance Company of America o a sus representantes legales. Se entiende por información médica toda la información que tengan o proporcionen los proveedores de atención médica sobre mis antecedentes médicos, afecciones mentales o físicas o tratamientos. Comprendo que Guardian utilizará la información obtenida mediante esta autorización para determinar la elegibilidad para el seguro o para los beneficios en virtud de un plan existente. Guardian no divulgará ninguna información obtenida a ninguna persona u organización excepto a las compañías de reaseguros, la Oficina de Información Médica, u otras personas u organizaciones que hagan negocios o presten servicios legales relacionados con mi solicitud, reclamación, o según lo exija o permita la ley, o lo autorice yo. Sé que puedo solicitar y recibir una copia de esta autorización. Acepto que una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Acepto que esta autorización será válida mientras dure mi reclamación. | | | | | | | |
| <p>"Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con cualquier información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito. En Nueva York, la persona también podrá estar sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada una de las violaciones. En California, cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación con información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles".</p> <p>ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN, LEA LA ADVERTENCIA PARA EL ESTADO EN EL QUE RESIDE Y PARA EL ESTADO EN EL QUE SE EMITIÓ LA PÓLIZA DE SEGURO POR LA QUE RECLAMA UN BENEFICIO.</p> <p>"Tenga en cuenta: Su número de Seguro Social es necesario para la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). No se utilizará ni divulgará su número de Seguro Social a ninguna persona para ningún otro fin y no se guardará en ningún registro que no esté relacionado con la reclamación".</p> | | | | | | | |
| Firma del empleado o poder (adjunte la documentación del poder si corresponde) | | | | | | Fecha | |
| Si es una reclamación del dependiente, firma del dependiente adulto o poder (adjunte la documentación del poder si corresponde) | | | | | | Fecha | |

CONSULTE LA AFECCIÓN POR LA CUAL RECLAMA UN BENEFICIO.

Adjunte los registros médicos pertinentes incluidos, entre otros, los informes de progreso, los resultados de pruebas, los resúmenes de admisiones y altas, y los informes operativos. Además, también puede incluir copias de la Explicación de los beneficios del seguro y facturas o recibos relacionados con servicios.

| AFECCIÓN | AFECCIONES DE LA NIÑEZ |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cáncer invasivo<input type="checkbox"/> Cáncer in situ<input type="checkbox"/> Tumor cerebral benigno<input type="checkbox"/> Cáncer de piel<input type="checkbox"/> Vacuna contra el cáncer<input type="checkbox"/> Injerto de derivación de arteria coronaria (CABG)<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal<input type="checkbox"/> Trasplante de órgano<input type="checkbox"/> Insuficiencia orgánica aguda<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (se requiere un formulario de escala de Rankin modificada [MRS] completo del médico. Puede encontrarlo en Guardian Anytime/Forms). <input type="checkbox"/> Arterioesclerosis coronaria<input type="checkbox"/> Enfermedad de Addison<input type="checkbox"/> Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) (enfermedad de Lou Gehrig)<input type="checkbox"/> Alzheimer<input type="checkbox"/> Coma<input type="checkbox"/> Enfermedad de Huntington<input type="checkbox"/> Pérdida del habla, la visión o la audición<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson<input type="checkbox"/> Parálisis permanente<input type="checkbox"/> Quemaduras graves | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral<input type="checkbox"/> Labio leporino/paladar hendido<input type="checkbox"/> Pie zambo<input type="checkbox"/> Fibrosis quística<input type="checkbox"/> Síndrome de Down<input type="checkbox"/> Distrofia muscular<input type="checkbox"/> Espina bífida<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 |
| <p><i>Es posible que no todos los beneficios estén disponibles bajo su plan. Consulte su certificado de cobertura para conocer los beneficios específicos disponibles en su plan.</i></p> | |

Declaraciones de advertencia de fraude

Las leyes de diversos estados exigen que aparezcan las siguientes declaraciones en el formulario de reclamación, como sustitutas de las advertencias de fraude que aparecen en otras áreas del formulario de reclamación:

Alabama: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o proporcione a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de compensación o reclusión en prisión, o una combinación de ambas.

Arizona: Para protegerlo, la ley de Arizona exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

California: Para protegerlo, la ley de California exige que aparezca la siguiente declaración en este formulario: La falsedad de cualquier declaración en la solicitud no debe prohibir el derecho de recuperación conforme a la póliza, a menos que la declaración falsa se haya hecho con la intención real de engañar o que haya afectado significativamente la aceptación del riesgo o peligro asumido por la aseguradora.

Colorado: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione, a sabiendas, información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o reclamante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera de los fondos del seguro debe ser denunciado ante la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

Connecticut, Iowa, Nebraska y Oregón: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos puede ser culpable de un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito, y también puede estar sujeta a sanciones civiles.

Delaware, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de dañar, estafar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación para obtener un reintegro de una póliza de seguros con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía o a cualquier otra persona. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede rechazar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada considerablemente con una reclamación.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave en la modalidad de tercer grado.

Kansas: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una demanda con información considerablemente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a estos, puede ser culpable de fraude de seguros, según lo determine un tribunal de justicia.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dicho documento comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito.

Luisiana y Texas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Nuevo México: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales o al rechazo de los beneficios del seguro.

Maine, Tennessee y Washington: Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a dicha compañía. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas o denegación del beneficio del seguro.

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

Minnesota: Una persona que presente una reclamación con la intención de estafar o ayudar a cometer un fraude en contra de una compañía de seguros es culpable de un delito.

Nuevo Hampshire: Cualquier persona que, con intención de dañar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa puede ser demandada y castigada por fraude contra dicha compañía, como se establece en [N.H. Rev. Stat. Ann. § 638:20](#).

Nueva Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación con información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Ohio: Cualquier persona que intente estafar o que estuviera, a sabiendas, facilitando un fraude contra una compañía de seguros, que envíe una solicitud o presente una reclamación con una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Pensilvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación con información considerablemente falsa, o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho pertinente a dichos documentos comete un acto fraudulento de seguros, situación que representa un delito y puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Rhode Island: Cualquier persona que, a sabiendas e intencionadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

Vermont: Es un delito que cualquier persona, a sabiendas, proporcione información considerablemente falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de estafar a la compañía; que cualquier persona proporcione información considerablemente falsa, incompleta o engañosa con respecto a la venta de seguro o al estado de una aseguradora; o que cualquier persona malverse los fondos de un asegurado o de un solicitante de seguro. Entre las sanciones se incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas puede haber violado la ley estatal.