



Plan de Accidente de Aetna

Solicitud para Beneficios

Uso interno

Category Code	VPCF
Office Key Code	039

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o cómo presentar su reclamo, o si desea apelar una decisión, por favor llame a nuestro Centro de Servicio al Cliente al 1-800-607-3366 entre las horas de 8:00 de la mañana a 6:00 de la tarde.

La ejecución de este formulario no garantiza el pago.

A. Instrucciones para llenar este formulario

1. Por favor, marque la(s) casilla(s) que mejor describe(n) su(s) reclamo(s).

Beneficio cubierto	Marque la casilla	Beneficio cubierto	Marque la casilla	Beneficio cubierto	Marque la casilla
*Muerte accidental	<input type="checkbox"/>	Dislocaciones: Reducción cerrada	<input type="checkbox"/>	Manejo del dolor (anestesia epidural)	<input type="checkbox"/>
Desmembramiento accidental	<input type="checkbox"/>	Dislocaciones: Reducción abierta	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>
Seguimiento médico de accidente	<input type="checkbox"/>	Sala de emergencias	<input type="checkbox"/>	Consultorio del médico o centro de atención de urgencia	<input type="checkbox"/>
Ambulancia terrestre	<input type="checkbox"/>	Lesión ocular	<input type="checkbox"/>	Dispositivo protésico/Prótesis	<input type="checkbox"/>
Ambulancia aérea	<input type="checkbox"/>	Fracturas: Reducción cerrada	<input type="checkbox"/>	Unidad de rehabilitación: diario	<input type="checkbox"/>
Aparatos (para la movilidad)	<input type="checkbox"/>	Fracturas: Reducción abierta	<input type="checkbox"/>	Ruptura del disco	<input type="checkbox"/>
Sangre/plasma/plaquetas	<input type="checkbox"/>	Admisión de estadía hospitalaria	<input type="checkbox"/>	Cirugía (con reparación)	<input type="checkbox"/>
Quemaduras	<input type="checkbox"/>	Estadía hospitalaria: diario	<input type="checkbox"/>	Cirugía (sin reparación)	<input type="checkbox"/>
Injerto de piel por quemadura	<input type="checkbox"/>	Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): diario	<input type="checkbox"/>	Tendón/ligamento/manguito rotatorio del hombro	<input type="checkbox"/>
Tratamiento quiropráctico	<input type="checkbox"/>	Laceración	<input type="checkbox"/>	Servicios de terapia	<input type="checkbox"/>
Coma	<input type="checkbox"/>	Alojamiento; proporcionar la fecha de alojamiento	<input type="checkbox"/>	Cartílago de la rotura del ligamento de la rodilla	<input type="checkbox"/>
Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	imágenes médicas	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>
Tratamiento dental	<input type="checkbox"/>	Unidad de Observación	<input type="checkbox"/>	Radiografías	<input type="checkbox"/>

*Por favor proporcionar certificado de defunción original y completar las Secciones B, C, E, F, G y J.

2. Completar los artículos en las **Secciones B y C** en su totalidad.
3. Completar la **Sección D** si el accidente ocurrió en el lugar de trabajo y proporcionar copias del informe de incidente del empleador.
4. Si usted tuvo un accidente/lesión fuera del lugar de trabajo, sírvase proporcionar copias del informe de incidente y/o policial.
5. Completar la **Sección H** si usted tuvo cualquier tipo de transporte o alojamiento. Además, proporcionar recibos de alojamiento y el kilometraje de ida y vuelta del centro médico de tratamiento.
6. Completar y firmar en la **Sección K**.
7. Pedir al médico completar las **Secciones I y J** en su totalidad.
8. Favor proporcionar una factura detallada o el formulario UB04 del hospital.
9. Conservar copias de sus facturas para sus registros.
10. Enviar la solicitud para beneficios completada y las facturas a:

Aetna Voluntary Plans
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

Por fax a: 1-859-455-8650
Teléfono: 1-800-607-3366

NOTA: FORMULARIOS DE RECLAMO INCOMPLETOS DEMORARÁ EL PROCESO DE RECLAMO.

B. Información del empleado y el paciente (para ser completado por el empleado)

1. Primer nombre del empleado		Segundo nombre		Apellido	
2. Dirección del empleado (incluir el código postal) <input type="checkbox"/> Marque la casilla si la dirección es nueva					
3. Correo electrónico del empleado		4. Número de póliza/de grupo del empleado		5. N° de identificación W o N° de Seguro Social del empleado	
6. Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA) / /		7. Sexo del empleado <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		8. Número de teléfono durante el día () -	
9. Empleo		10. Nombre del empleador		11. Número de contacto () -	
12. Nombre del paciente (si no es el empleado)				13. N° de identificación W o N° de Seguro Social del paciente (si difiere de lo anterior)	
14. Dirección del paciente (si es diferente del empleado)					
15. Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA) / /		16. Sexo del paciente (si no es el empleado) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		17. Relación del paciente al titular de la póliza/del certificado <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	

C. Detalles del accidente

1. Fecha del accidente (MM/DD/AAAA) / / Hora: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		2. ¿Dónde ocurrió? <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Fuera del trabajo		3. ¿El accidente está relacionado con el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Díganos exactamente como ocurrió su accidente o lesión.					
5. ¿Ha sucedido una condición similar en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , indique cuándo y dónde.					

D. Información del empleador en el lugar de trabajo (completar sólo si el accidente ocurrió en el lugar de trabajo)

1. Nombre del supervisor		2. Número de teléfono del supervisor () -		3. Fecha (MM/DD/AAAA) / /	
--------------------------	--	---	--	------------------------------	--

E. Información acerca del difunto

1. Nombre del difunto (apellido, primer nombre, inicial de segundo nombre)		2. Si el difunto se conoce por otro nombre, proporcionar nombre (apellido, primer nombre, inicial de segundo nombre)				
3. Relación al empleado		4. Número de Seguro Social	5. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	6. Fecha de defunción (MM/DD/AAAA) / /	7. Edad	8. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
9. Última residencia: dirección			10. Ciudad		11. Estado	12. Código postal

F. Información acerca del/de los beneficiario(s)

		1.	2.	3.
1. Nombre				
2. Dirección				
3. Ciudad				
4. Estado (utilice el código de 2 dígitos)				
5. Código postal				
6. Número de Seguro Social				
7. Relación al empleado				
8. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)				
9. Número de contacto principal				
10. ¿Se ha asignado un beneficio o propiedad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	11. En caso afirmativo, ¿a quién? (enviar copia de la asignación)		12. Número de Seguro Social del asignatario	

G. Instrucciones de distribución de beneficios

1. Devolver el pago de beneficios directamente a: <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Otro _____
--

H. Beneficio de transporte y alojamiento: Por favor complete la siguiente información si usted está presentando un reclamo para el reembolso de transporte o alojamiento. También tendrá que enviar todos los recibos de hotel/motel e información de kilometraje para el centro médico de tratamiento.

1. Transporte

Fecha (MM/DD/AAAA)	Nombre del centro médico de tratamiento	Dirección	Kilometraje Una vía
/ /			
/ /			
/ /			

2. Alojamiento

Fecha (MM/DD/AAAA)	Nombre del hotel/motel	Dirección	Kilometraje Una vía
/ / a / /			
/ / a / /			
/ / a / /			

I. Declaración del médico (para ser completado por el médico)

1. Nombre y dirección particular del centro médico donde se prestan los servicios		2. Fecha del servicio (MM/DD/AAAA) / /	
3. Para los servicios relacionados con la hospitalización, dar fechas de hospitalización (MM/DD/AAAA) Fecha de admisión: / / Fecha de alta: / /			
4. Código(s) o ICDP(s) de diagnóstico			
1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.		
5. Describir la naturaleza del accidente, enfermedad o lesión			
6. ¿Fue tomada una radiografía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de la radiografía:		7. Tipo de estadía hospitalaria <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Observación	
8. ¿El paciente ha tenido condiciones similares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique cuándo y describa.			
9. ¿Cualesquiera otras enfermedades afectando al paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa.			
10. Naturaleza del procedimiento quirúrgico, si alguna (describir por completo). Proporcionar CPT.			

J. Comprobación del médico

1. Escribir el nombre completo con letra de molde		2. Número de identificación de impuestos	
3. Firma	4. Fecha (MM/DD/AAAA) / /	5. Número de teléfono () -	
6. Dirección particular, ciudad, estado y código postal			

K. Autorización para divulgar información

Con el propósito de evaluar y administrar mi reclamo para beneficios, autorizo la divulgación de información relativa al consejo de atención médica, tratamiento o suministros (incluidos los relacionados a la enfermedad mental y el VIH) proporcionado a mí y, si corresponde, mis dependientes, a Aetna Life Insurance Company (Aetna) y sus filiales y representantes autorizados. Si corresponde, también autorizo la divulgación de información relativa a mi empleo. Esta autorización es válida por el término de la póliza o el certificado bajo el cual se ha presentado el reclamo. Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización, y estoy de acuerdo que una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma	Nombre impreso con letra de molde	Fecha (MM/DD/AAAA) / /
Si la persona que firma es el tutor legal, designado del poder notarial, curador, beneficiario o representante personal, por favor firme y escriba su nombre con letra de molde e indique la relación aquí.		
Firma	Nombre impreso con letra de molde	Relación

Sección de declaraciones falsas

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

DECLARACIÓN DE INTERÉS DE ILLINOIS: Para los contratos en Illinois y para los residentes de Illinois, a menos que el pago se realiza dentro de los quince (15) días a partir de la fecha de recepción por la empresa de la debida prueba de la pérdida, el interés se devengará sobre los ingresos a pagar por la muerte del asegurado, desde la fecha de muerte, a una tasa del 9% sobre el monto total pagadero o el valor nominal si los pagos son realizados en cuotas hasta que se pague el pago total o la primera cuota.

ADVERTENCIAS DE FRAUDE POR ESTADO

AVISO EN ALABAMA: Toda 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 la solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o alguna combinación de los mismos.

AVISO EN ALASKA, ARKANSAS, KENTUCKY, LOUISIANA, MAINE, NEW JERSEY, NEW MEXICO Y VIRGINIA: Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesado bajo la ley estatal.

AVISO EN DELAWARE, IDAHO, INDIANA, MINNESOTA Y OKLAHOMA: Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presenta un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

AVISO EN ARIZONA: Para su protección, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

AVISO EN CALIFORNIA: Para su protección, la ley de California exige que lo siguiente aparezca en este formulario. Toda 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 reclusión en una prisión estatal.

AVISO EN COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos 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. Toda compañía de seguros que a sabiendas proporciona información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o laudo por pagar de los beneficios del seguro será informado a la división de seguros dentro del departamento de las agencias reguladoras de Colorado.

AVISO EN DISTRICT OF COLUMBIA: AVISO DE FRAUDE: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía de seguros, o cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios de seguro, si la información materialmente falsa relacionada con un reclamo fue proporcionada por el solicitante.

AVISO EN FLORIDA: Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

AVISO EN MARYLAND: Toda persona que a sabiendas y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento 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 puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión.

AVISO EN NEW HAMPSHIRE: Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638.20.

AVISO EN OHIO: Toda persona que, con la intención de defraudar o que a sabiendas 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.

AVISO EN OREGON: Toda persona que hace declaraciones falsas intencionalmente que es significativo para el riesgo puede ser declarada culpable de fraude de seguros por un tribunal de justicia.

AVISO EN PENNSYLVANIA: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho fundamental, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, que es un delito y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

AVISO EN PUERTO RICO: Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar incluye información falsa en una solicitud de seguro o archiva, ayuda o instiga en la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o archiva más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y si es declarado culpable será sancionado por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000), que no exceda diez mil dólares (\$10,000); o encarcelado por un término fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, la pena de cárcel fija podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; y si las circunstancias son atenuantes, la pena de cárcel podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

AVISO EN TENNESSEE Y WASHINGTON: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios de seguro.

AVISO EN TEXAS: Toda persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

AVISO EN WEST VIRGINIA Y RHODE ISLAND: Toda persona que a sabiendas presenta 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 y reclusión en una prisión.

AVISO EN NEW YORK: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho fundamental, habrá cometido un acto fraudulento de seguro que es un delito y también estará sujeta a una sanción civil que no exceda cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.

Firma de empleado:

Fecha (MM/DD/AAAA):

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-800-607-3366.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-800-607-3366 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-800-607-3366. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-800-607-3366，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-800-607-3366 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-607-3366 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-800-607-3366. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-800-607-3366. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-800-607-3366 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-800-607-3366. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-800-607-3366 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-800-607-3366 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-800-607-3366 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1800-607-3366. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-800-607-3366. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-800-607-3366. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-800-607-3366. (Vietnamese)
