

Formulario de reclamaciones por discapacidad

Documentación requerida al presentar una reclamación por discapacidad:

Para sustentar una reclamación de beneficios por discapacidad cubiertos por los términos de la Póliza, deben presentarse los siguientes documentos:

- Formulario de reclamaciones por discapacidad;
- Un documento oficial que compruebe la fecha de nacimiento de la persona asegurada (p. ej., pasaporte);
- Comprobante de empleo en la fecha del accidente o primera manifestación de la enfermedad;
- Comprobante de salario, si el beneficio se relaciona con el salario;
- Un informe médico detallado del médico o médicos tratantes sobre el inicio, curso y consecuencias de la lesión corporal, enfermedad o accidente, según corresponda, y el grado y probable duración de la discapacidad.

Las empresas que suscriben el seguro médico pueden solicitar documentación adicional en cualquier momento y también solicitar que la persona asegurada sea examinada por sus propios consultores médicos.

Durante el período de discapacidad, los Proveedores pueden solicitar informes médicos actualizados del médico o médicos tratantes, con frecuencia razonable.

Los Proveedores pagarán el beneficio asegurado en cuanto estén conformes con la validez de la reclamación, de acuerdo con su evaluación de los documentos solicitados que hayan sido recibidos.

El Formulario de reclamaciones y los documentos se aceptan por correo electrónico o fax; en papel a solicitud. Enviar a:

Correo electrónico: DisabilityClaims@gbg.com
Fax: +1.949.470.2110
Correo: Global Benefits Group
 ATTN: Disability Claims
 27422 Portola Parkway, Suite 110
 Foothill Ranch, CA 92610 USA

PARTE I. A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR O LA ORGANIZACIÓN	
A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO	
Nombre del asegurado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	N.º de empleado (si corresponde):
N.º de pasaporte	País de emisión del pasaporte
Dirección	
Código postal:	País:
Teléfono:	Fax:
Correo electrónico:	
Ocupación:	

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Compañía:	
Domicilio:	
Código postal:	País:
N.º de grupo	
Fecha de vigencia del seguro (DD/MM/AAAA):	
C. INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN	
Última fecha de trabajo (DD/MM/AAAA):	Fecha de regreso al trabajo (DD/MM/AAAA):
¿La discapacidad se produjo debido a causas ocupacionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Salario mensual (en el momento de la discapacidad):	Porcentaje de la prima pagado por el empleado:
¿Se ha rescindido el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique la fecha (DD/MM/AAAA):
En caso afirmativo, indique el motivo:	
D. AUTORIZACIÓN	
Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga descripciones erróneas o información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un acto penal sancionable por la ley y puede estar sujeta a sanciones civiles.	
Firma:	
Nombre:	
Cargo:	
Correo electrónico:	Fecha (DD/MM/AAAA):
PARTE II. A COMPLETAR POR EL RECLAMANTE	
A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO	
Nombre del asegurado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	
Los comunicados sobre el estado de su reclamación, la explicación de beneficios y las solicitudes de información se le enviarán por correo electrónico. Confirme su dirección de correo electrónico y número de teléfono donde puede ser contactado con mayor conveniencia.	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

PARTE II. A COMPLETAR POR EL RECLAMANTE	
A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO	
Nombre del asegurado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	
Los comunicados sobre el estado de su reclamación, la explicación de beneficios y las solicitudes de información se le enviarán por correo electrónico. Confirme su dirección de correo electrónico y número de teléfono donde puede ser contactado con mayor conveniencia.	
Correo electrónico:	
Teléfono:	
B. INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN	
Fecha en que se produjo por primera vez la lesión, discapacidad debido a enfermedad o discapacidad debido a causas naturales (DD/MM/AAAA):	
Si la discapacidad fue causada por un accidente, proporcione detalles que incluyan la fecha, ubicación y circunstancias:	
¿La reclamación ha sido presentada a otra aseguradora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete lo siguiente:	
Nombre del asegurado:	
Dirección del asegurado:	
Código postal:	País:
C. AUTORIZACIÓN	
En relación con esta reclamación por discapacidad, por el presente autorizo a cualquier médico, anterior o actual, que en cualquier momento me haya atendido en relación con cualquier aspecto que afecte mi salud física o mental, a divulgar información médica a la empresa que suscribe el seguro médico. Acepto que una copia de este consentimiento tenga la validez del original. Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga descripciones erróneas o información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un acto penal sancionable por la ley y puede estar sujeta a sanciones civiles.	
Nombre:	
Firma:	
Fecha (DD/MM/AAAA):	

PARTE III. DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	
Información adicional sobre el diagnóstico y afección actual:	
¿La afección se debe a una lesión o enfermedad derivada de la ocupación del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha en que aparecieron los síntomas por primera vez o en que ocurrió el accidente (DD/MM/AAAA):	
¿El paciente alguna vez ha tenido la misma afección o una afección similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique la fecha y proporcionar más información:	
Si la afección se relaciona con un embarazo, indique la fecha estimada de nacimiento (DD/MM/AAAA):	
El paciente ha estado discapacitado de manera continua y completamente incapacitado para trabajar desde (DD/MM/AAAA):_____ hasta (DD/MM/AAAA):_____	
El paciente ha estado parcialmente discapacitado desde (DD/MM/AAAA):_____ hasta (DD/MM/AAAA):_____	
Si aún se encuentra discapacitado, el paciente debería poder regresar al trabajo el (DD/MM/AAAA):	
Fecha(s) de tratamiento (DD/MM/AAAA):	
¿Se realizó cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, indique la fecha y el tipo de procedimiento:	
El paciente fue internado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, indique la fecha de internación desde (DD/MM/AAAA):_____ hasta (DD/MM/AAAA):_____	
Nombre del hospital:	
Dirección	
Código postal:	País:

B. INFORMACIÓN DEL MÉDICO	
Nombre del médico	
Dirección	
Teléfono:	País:
Fax:	Correo electrónico:
Firma y sello del médico:	Fecha (DD/MM/AAAA):

El Formulario de reclamaciones y los documentos se aceptan por correo electrónico o fax; en papel a solicitud. Enviar a:

- Correo electrónico: DisabilityClaims@gbg.com
- Fax: +1.949.470.2110
- Correo: Global Benefits Group,
ATTN: Teri Frank
27422 Portola Parkway, Suite 110
Foothill Ranch, CA 92610 USA

Aviso de justo proceso

El grupo GBG incluye compañías de seguros, compañías administrativas y de corretaje, y compañías de asistencia y de operaciones. Respetamos su privacidad y todos nos comprometemos a proteger su información personal.

Nuestra política de privacidad le informa sobre sus derechos de privacidad y de qué manera las leyes le protegen. Esto incluye información sobre cómo recopilamos y procesamos su información personal. Nuestra política de privacidad está publicada en nuestro sitio web <https://www.gbg.com/#/AboutGBG/PrivacyPolicy>. Le recomendamos que lea la política para que entienda sus derechos y la manera como el grupo GBG usa sus datos personales.