

Formulario de reclamación para la cláusula adicional del beneficio de licencia familiar y médica

Instrucciones para presentar una reclamación por correo o fax:

Proporcione toda esta información para evitar demoras en el procesamiento de su reclamación.

1. Complete la Declaración del asegurado y la información para depósito directo.
2. Pida a su empleador que complete el Informe de reclamación del empleador.
3. Adjunte su carta de aprobación.
4. Envíe por correo o fax los formularios que llenó a American Fidelity a la dirección o número de fax que aparecen arriba.

Su dinero directo, su dinero más rápido. Inscríbase en depósito directo.

Para establecer el depósito directo con American Fidelity, suministre toda la información que se solicita a continuación con su reclamación presentada. También puede registrarse en depósito directo a través de su cuenta en línea.

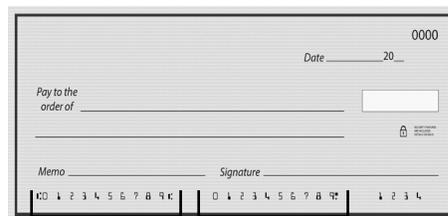
Autorizo a American Fidelity Assurance Company (AFA) a iniciar ingresos de crédito a mi cuenta según se indica. También autorizo a AFA a hacer un cargo a mi cuenta por cualquier depósito que se haya hecho por error. Esta autorización permanece vigente hasta que AFA reciba notificación por escrito de mi parte sobre su cancelación en tiempo y forma de manera tal que permita a AFA y a la entidad de depósito la razonable oportunidad de cumplir con mi solicitud. Notifique a AFA de inmediato si la información de su entidad de depósito ha cambiado. Esta autorización se aplica a los beneficios pagaderos según todos los planes de beneficios con AFA.

Firma: _____

Debe suministrar la siguiente información:

Número de ruteo: _____

Número de cuenta: _____



The image shows a check stub with the following fields: Date (with a blank space followed by '20__'), Pay to the order of (with a blank space), Memo (with a blank space), and Signature (with a blank space). The check number is 0000. At the bottom, there are two MICR lines: ⑆ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ⑆ and ⑆ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ⑆.

Número de ruteo

Número de cuenta

Declaración del asegurado/a Para que lo llene el empleado.

Nombre completo: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento: / /
Número de seguro social:	Número de cuenta:	
Domicilio postal: (P.O. Box o calle, ciudad y código postal)		
Número de teléfono (incluya código de área):	Dirección de correo electrónico:	
¿Cuál es el periodo de licencia aprobada?		
¿Las fechas están aprobadas para una licencia intermitente o continua? <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Continua		
¿Ha regresado al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Qué día regresó al trabajo? / /	Si no regresó al trabajo, ¿cuándo anticipa que regresará? / /	
Certifico que esta información es verdadera y correcta.		
Firma:		Fecha:

Recordatorio: Por favor, adjunte su carta de aprobación.

Informe de reclamación del empleador

Nombre del empleador	Número de teléfono:
Domicilio postal: (P.O. Box o calle, ciudad, estado y código postal)	Número de fax
¿Qué tipo de licencia se aprobó?	
¿Las fechas están aprobadas para una licencia intermitente o continua? <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Continua	
¿Cuál es el periodo de licencia aprobada? Fecha de inicio: / / Fecha de finalización / /	
Salario bruto anual:	

Firma del empleador

A mi leal saber y entender, la información precedente es correcta. Firma autorizada de la empresa empleadora o funcionario autorizado:		
Firma: _____		
Nombre en letra de imprenta: _____	Título: _____	Fecha: _____
Dirección de correo electrónico: _____	Teléfono: (____) _____	Fax: (____) _____
¿Cómo prefiere que nos pongamos <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax		

Autorización para obtener información que incluye información médica protegida

El objetivo de este formulario es permitir a American Fidelity Assurance Company, o a socios comerciales que actúen en representación de American Fidelity en la administración de productos y servicios de American Fidelity, a obtener datos que incluyen, sin carácter limitativo, información de empleo, información financiera e información médica protegida sobre mí, de cualquier parte que cuente con dicha información. Una vez que se obtienen dichos datos, American Fidelity podría usarlos para revisar o procesar beneficios, confirmar información de la póliza, o de otra manera revisar o procesar información relacionada con mi relación como cliente con ellos.

Por la presente autorizo a las entidades especificadas a continuación a divulgar cualquier información sobre mi salud o situación financiera o la de mis dependientes; esto incluye todo el expediente médico e historial de tratamiento de enfermedades físicas o emocionales, incluso evaluación psicológica, excepto notas de psicoterapia, a las personas que representen a American Fidelity y que participen en la determinación de mi elegibilidad para beneficios según la cobertura de mi seguro. Aquellos autorizados para tal fin son: a) médicos o profesionales de la medicina con licencia; b) hospitales, clínicas o instalaciones relacionadas con la medicina o sus socios comerciales; c) planes de salud; d) la Administración de Veteranos; e) empleadores actuales o anteriores; f) farmacias; g) compañías de seguros; h) la Administración del Seguro Social; i) sistemas de jubilación; j) Departamento de Vehículos Automotores; k) bancos o instituciones financieras y l) aseguradoras de compensación laboral. American Fidelity solo divulgará datos recolectados conforme a esta autorización según sea necesario para nuestros fines comerciales legítimos y solo en la medida permitida por las leyes.

Aviso: la información autorizada para divulgación puede incluir información sobre enfermedades transmisibles o venéreas como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH/SIDA (virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida), u otra afección por la que pudiera haber recibido tratamiento.

Comprendo que American Fidelity no podrá condicionar pagos de reclamaciones, inscripción o elegibilidad para beneficios a mi firma de esta autorización. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización; no obstante, no firmar esta autorización podría causar una negación de los beneficios o incapacidad para pagar beneficios según mi póliza si no firmar hace que American Fidelity no tenga información suficiente para procesar mis beneficios. Comprendo puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a American Fidelity, P.O. Box 258897, Oklahoma City, OK 73125-8897 o llamando al , Línea gratis: 1- 833-541-0151. Comprendo que mi derecho a revocar esta autorización está limitado en la medida en que: American Fidelity haya actuado confiando en esta autorización; o las leyes le proporcionen a American Fidelity el derecho a cuestionar mi cobertura de seguros o una reclamación según mi cobertura de seguros. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Comprendo que si la información de salud protegida se divulga a una persona u organización que no tiene la obligación de cumplir con las reglamentaciones federales sobre privacidad, la información podría divulgarse y ya no estar protegida por reglamentaciones federales sobre privacidad. Además de los tipos de información arriba descritos, también autorizo a American Fidelity a acceder a todo otro tipo de información considerada necesaria para investigar mi reclamación. Esta información incluye, sin carácter limitativo, información financiera, información entregada para reclamaciones de seguro o coberturas de seguro, o relacionada con estas, y registros de empleo. Toda parte que tenga esta información queda por la presente autorizada a divulgarla a American Fidelity.

Para cobertura de seguro de salud, esta autorización vencerá veinticuatro meses después de la fecha de su firma o al momento de cese de mi póliza del seguro, lo que ocurra primero. Para cobertura de seguro distinto a seguro de salud, esta autorización vencerá veinticuatro meses después de la fecha de su firma o al momento de vencimiento de mi reclamación de beneficios, lo que ocurra primero.

_____ Cliente #	_____ Nombre en letra de imprenta del paciente	_____ Fecha de nacimiento del paciente
_____ Firma (paciente) o representante personal (si corresponde)		_____ Fecha de firma
_____ Relación del representante personal con el/la paciente (si corresponde)		

Si un representante personal suministra la autorización, se debe incluir una descripción de la autoridad para actuar en representación del asegurado o la asegurada.

Conserve una copia para sus registros personales o puede contactar a nuestra compañía para solicitar una copia.

Declaraciones sobre fraude en el formulario de reclamación

Las siguientes declaraciones sobre fraude se adjuntan y son parte integral de este formulario de reclamación. **Lea y no retire esta página del formulario de reclamación.**

Si vive en una jurisdicción que no se menciona más adelante, lo siguiente aplica para usted: Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Alabama - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a restitución, multas o encarcelamiento, o cualquier combinación de estos.

Alaska - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora podría estar sujeta a acciones legales según la ley del estado.

Arizona - Para su protección, la legislación de Arizona requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro estará sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas, District of Columbia, Louisiana, Rhode Island y West Virginia - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Para su protección, la legislación de **California** requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para realizar una reclamación para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado - Es ilegal suministrar intencionalmente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una aseguradora con el objetivo de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños y perjuicios civiles. Se denunciará a toda aseguradora o representante de una compañía de seguros que suministre intencionalmente datos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el objetivo de estafar al titular de la póliza o reclamante con respecto a la liquidación del siniestro o indemnización pagadera por el producto del seguro ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de organismos reguladores.

Delaware, Idaho y Oklahoma - ADVERTENCIA: toda persona que presente intencionalmente una reclamación por el producto de una póliza de seguros que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora es culpable de un delito grave.

Florida - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de perjudicar, estafar o engañar a una aseguradora es culpable de un delito grave de tercer grado.

Indiana - Una persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa con la intención de estafar a una aseguradora comete un delito grave.

Kentucky - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con la intención de confundir, información sobre cualquier dato de la reclamación, con la intención de estafar a una compañía aseguradora o a otra persona, comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington - Es un delito suministrar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una aseguradora con el objetivo de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o la negación de beneficios del seguro.

Maryland - Toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que presente intencionalmente información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento.

Minnesota - Una persona que presente una reclamación con el objetivo de estafar o ayude a cometer fraude contra una compañía de seguros es culpable de un delito.

New Hampshire - Toda persona que, con el objetivo de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a acciones legales y castigo por fraude de seguros, según se establece en RSA 638:20.

New Jersey - Toda persona que presente intencionalmente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones civiles y penales.

New Mexico - TODA PERSONA QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO O BENEFICIO O QUE PRESENTE INTENCIONALMENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGUROS ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA ESTAR SUJETA A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

Ohio - Toda persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando una estafa contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo con una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

Pennsylvania - Toda persona que presente intencionalmente una solicitud de seguros o declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con la intención de confundir, información sobre cualquier dato de la reclamación, con la intención de estafar a una aseguradora o a otra persona, comete un acto fraudulento de seguros, el cual es un delito, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico - Toda persona que intencionalmente y con el objetivo de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro, o presente, ayude a presentar o haga que se presente 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, estará incurriendo en un delito grave y, al ser condenada, será sancionada por cada violación con una multa que no será inferior a cinco mil dólares estadounidenses (\$5,000) ni superior a diez mil dólares estadounidenses (\$10,000), o a un periodo de tiempo fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o a ambas sanciones. En caso de que existieran circunstancias agravantes, la sanción así establecida podría aumentar a un máximo de cinco (5) años, si existieran circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Para su protección, la legislación de **Texas** requiere que se incluya la siguiente declaración en este formulario: toda persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.