



Número de teléfono: (855) 649-9648

Fax: (888) 907-7905

Correo electrónico: GSB_GroupSupplementalClaims@GroupSpecialtyBenefits.com

Atención: Claims Department

P.O. Box 7073

Downers Grove, IL 60515

Nombre del empleado _____
Apellido _____ Nombre _____**El empleado debe completar el formulario**

Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Accidente ☐ Enfermedad crítica ☐ Ambos, Accidente y Enfermedad crítica**Información del empleado**

Número de grupo		Nombre del grupo	
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado Código postal
N.º del Seguro Social		Dirección de correo electrónico	

Información del paciente☐ Empleado ☐ Hijo ☐ Cónyuge

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado Código postal
N.º del Seguro Social	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico	

Información sobre exámenes preventivos (es posible que no todas las pruebas/procedimientos estén disponibles en su cobertura.
Consulte su certificado de cobertura).

Prueba/procedimiento	Fecha	Prueba/procedimiento	Fecha
☐ Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora		☐ Colonoscopia	
☐ Prueba de colesterol en suero (HDL Y LDL)		☐ Termografía	
☐ CA 15-3 (análisis de sangre para diagnosticar el cáncer de mama)		☐ Electroforesis de proteínas séricas (mieloma)	
☐ Radiografía de pecho		☐ Mamografía	
☐ Análisis hemocultivo de heces		☐ Análisis de sangre para triglicéridos	
☐ Análisis de sangre para el cáncer de próstata (PSA, en inglés)		☐ Doppler carotídeo	
☐ Prueba de glucosa en sangre en ayunas		☐ Análisis de sangre para detectar el cáncer de colon (CEA, en inglés)	
☐ Aspiración de médula ósea o biopsia		☐ Sigmoidoscopia flexible	
☐ CA 125 (análisis de sangre para detectar el cáncer de ovario)		☐ Papanicolaou (mujeres mayores de 18 años)	
☐ Ecocardiograma		☐ Electrocardiograma	
☐ Glucosa plasmática en ayunas (FPG, en inglés)		☐ Hemoglobina A1c (HbA1c)	
☐ Biopsia de cáncer de piel		☐ Prueba de Papanicolaou	
☐ Glucosa posprandial de dos horas		☐ Colonoscopia virtual	

Médico tratante del paciente

Nombre del médico	Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono
-------------------	-----------	-------------------------------	--------------------

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 _____

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan. Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite. Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Número de teléfono: (855) 649-9648

Fax: (888) 907-7905

Correo electrónico: GSB_GroupSupplementalClaims@GroupSpecialtyBenefits.com

Atención: Claims Department

P.O. Box 7073

Downers Grove, IL 60515

Nombre del empleado _____
Apellido _____ Nombre _____

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

Autorizo al 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: _____

Apellido

Nombre

Segundo nombre

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:

Dearborn Life Insurance Company
P.O. Box 7073
Downers Grove, IL 60515

- Entiendo que la Compañía utilizará la información obtenida mediante esta autorización para evaluar mi reclamo de beneficios. 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 _____

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan. Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite. Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:**PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS:**

Alabama: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución y confinamiento en prisión, o una combinación de ambos.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar la cobertura del seguro o para hacer un reclamo por el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar, con pleno conocimiento, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros, con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y responsabilidad civil. Toda compañía de seguros o representante de una compañía de seguros que, con pleno conocimiento, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o a una persona que presente un reclamo, con el fin de defraudar o intentar defraudar a dicha persona con respecto a un pago o una suma de dinero pagadera como resultado de la recaudación del seguro, se denunciará ante la división de seguros de Colorado, en el departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro en caso de que el solicitante presentara información falsa sustancialmente relacionada con un reclamo.

Hawái: Por su seguridad, la ley de Hawái exige que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Kentucky: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito.

Maryland: Toda persona que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio; o que, con pleno conocimiento o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Nuevo México: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Ohio: Toda persona que, con intención de defraudar o con pleno conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, o encubra, con el fin de engañar, información relativa a cualquier hecho importante comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y sujeta a la persona a sanciones civiles y penales.

Puerto Rico: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude u ocasione la presentación de un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de un reclamo por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave. Al condenarla, se la sancionará por cada violación con una multa de por lo menos cinco mil dólares (\$5,000), pero de no más de diez mil dólares (\$10,000), o con un período fijo de tres (3) años en prisión, o con ambas sanciones. En caso de que se presentaran circunstancias agravantes, la sanción establecida puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años. Si se presentaran circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite.

Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Las leyes de algunos estados nos exigen que le proporcionemos el siguiente aviso:

PARA SOLICITUDES Y RECLAMOS (continuado):

Rhode Island: Cualquier persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

Tennessee: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Washington: Proporcionar, con pleno conocimiento, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

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

PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE:

Alaska: Una persona que, con pleno conocimiento 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 procesada según las leyes estatales.

Arizona: Por su seguridad, la ley de Arizona exige que lo siguiente figure en este formulario. Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida está sujeta a sanciones civiles y penales.

Arkansas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o un beneficio, o que, con pleno conocimiento, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión.

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

Idaho: Toda persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Una persona que, con pleno conocimiento y con intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

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

Nuevo Hampshire: Toda persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a una acción judicial y a una pena por fraude de seguro, conforme a la legislación del estado de Nuevo Hampshire, NH RSA 638:20.

Nuevo Jersey: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Texas: Toda persona que, con pleno conocimiento, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

PARA SOLICITUDES ÚNICAMENTE:

Nuevo Jersey: Toda persona que incluya información falsa o engañosa en la solicitud de una póliza de seguro estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Dearborn Life Insurance Company ofrece los productos de seguro grupal como Specialty Benefits en colaboración con Blue Cross Blue Shield of Michigan.

Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St. Suite 300, Lombard, IL 60148, emite los productos de seguro grupal de Specialty Benefits. Dearborn Life es una compañía aparte, no ofrece productos de Blue Cross Blue Shield of Michigan y es económicamente responsable de los productos que emite.

Dearborn Life Insurance Company es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross Blue Shield of Michigan y Blue Care Network son organizaciones sin ánimo de lucro y licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.