

EN VIRTUD DE LA LEY DE INDIANA, ESTAMOS OBLIGADOS A INFORMARLE LO SIGUIENTE: La persona que deliberadamente presente un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa con el objeto de cometer fraude contra una aseguradora incurre en un delito grave.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL RECLAMANTE

INSTRUCCIONES

COMPLETE TODAS LAS PARTES QUE CORRESPONDAN DE ESTE FORMULARIO

NOTA: Para cada instancia de atención, debe presentar una sola Declaración y Autorización del Reclamante. Si ya entregó un formulario por el incidente sobre el cual está haciendo un reclamo, no necesita completar otro.

SERVICIOS DE SALUD FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si los servicios de salud se brindaron fuera de los Estados Unidos, complete este formulario junto con el Anexo C. Adjunte todas las facturas originales detalladas por los servicios e insumos. Corrobore que en los documentos se indique su nombre, la fecha de atención, el diagnóstico y el costo de cada servicio. Si ya abonó los servicios, incluya los recibos para demostrar el pago.

OPCIONES PARA ENTREGAR EL FORMULARIO

En formato papel - Por correo postal a la siguiente dirección: WorldTrips
Box No. 2005
Farmington Hills, MI 48333-2005

Formulario web - Ingrese a la siguiente dirección: <https://service.worldtrips.com/>
Por correo electrónico: service@worldtrips.com

PREGUNTAS Y ORIENTACIÓN

Si tiene preguntas o necesita orientación sobre cómo completar el formulario, visite <http://www.worldtrips.com/claims-resource-center>. También puede llamarnos gratuitamente al **800-605-2282** dentro de los EE. UU. o con cobro revertido desde cualquier parte del mundo al **1-317-262-2132**. Indique el país y el código de área desde el que se está comunicando.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

1A. Nombre completo del reclamante:		2A. Género:	3A. Fecha de nacimiento (MM/DD/YY):	
4A. Dirección postal actual:				
5A. Ciudad:		6A. Estado:	7A. Código postal:	8A. País:
9A. Teléfono particular:	10A. Teléfono laboral:	11A. Dirección de correo electrónico:		
IMPORTANTE: Sin el número de identificación correcto, NO podemos procesar el reclamo. Lo encontrará en la póliza o en la tarjeta de identificación de la póliza.			12A. Número de identificación o certificado	
13A. Ciudadanía:	14A. País de residencia*:	15A. Países visitados: (Posiblemente WorldTrips solicite una copia de su pasaporte)		
16A. ¿Es estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Si la respuesta es afirmativa, indíquenos lo siguiente:				
Nombre de la institución educativa:				

PARTE A: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (continuación)

Dirección de la institución educativa:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:
IMPORTANTE - No olvide adjuntar:			
<ul style="list-style-type: none"> • Si está en los Estados Unidos, una copia de la visa de estudios válida (visa F-1 o J-1, OPT [formación práctica opcional], etc.) o un formulario I-20 / DS2019 válido. • Constancia de su condición como alumno de tiempo completo (si adjunta una copia de una visa F-1 válida, que puede ser OPT, o una J-1, no es necesario que envíe la constancia). 			
17A. ¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre y la dirección del empleador:			
Nombre del empleador:			
Dirección del empleador:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:
* Si es estudiante, lea la nota importante en la sección 16A.			
18A. ¿Tiene otra cobertura (de salud, indemnización o responsabilidad civil), aparte de la que le brinda WorldTrips, que podría aportar para cubrir los gastos hospitalarios y médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, brinde la siguiente información y adjunte una copia de la página con la declaración:			
Nombre de la aseguradora:	Titular de la póliza:	Número de póliza:	Fecha de vigencia (MM/DD/YY):
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:
¿Es un seguro colectivo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Lo tiene por medio de la universidad o del colegio al que asiste? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

* El país de residencia es donde reside principalmente y recibe la correspondencia.

PARTE B: INFORMACIÓN DE SALUD
SU MÉDICO DE CABECERA

Bríndenos la información de su médico de familia o de cabecera (incluso si no le consultó por este reclamo) para que podamos incluirlo en nuestros registros:

1B. Nombre del médico:		2B. Teléfono del médico:	
3B. Dirección del médico:			
4B. Ciudad:	5B. Estado:	6B. Código postal:	7B. País:

PARTE B: INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)
ENFERMEDAD O LESIÓN
8B. ¿Cómo comenzó la enfermedad o lesión? Indique detalladamente todos los síntomas y desde el comienzo (incluya la fecha de inicio).
9B. Si fue por un accidente, proporcione la siguiente información:

Fecha del accidente (MM/DD/YY):	Horario del accidente:	Lugar del accidente:
Breve resumen del accidente:		

10B. Si fue por un accidente, ¿hubo un vehículo involucrado? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, adjunte una copia del informe de la policía y complete los siguientes campos sobre el seguro del o los vehículos involucrados:

Nombre de la compañía de seguros	Dirección de la compañía de seguros	Teléfono de la compañía de seguros

11B. Si fue por un accidente y contrató a un asesor jurídico, indique lo siguiente:

Número de caso:	Nombre del abogado:	Teléfono del abogado:	
Dirección del abogado:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:

12B. ¿Ya había tenido el mismo tipo de enfermedad o lesión, o había recibido tratamiento a raíz de esta? Sí No Si la respuesta es afirmativa, indíquenos lo siguiente:

Fecha de tratamiento (MM/DD/YY):	Nombre del médico:	Teléfono del médico:
Dirección del médico:		

PARTE B: INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)

Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:
----------------	----------------	-----------------------	--------------

13B. En los últimos cinco años, ¿tuvo alguna dolencia, enfermedad, afección o lesión, o tomó algún medicamento?
 Sí No Si la respuesta es afirmativa, indíquenos lo siguiente:

Nombre o descripción de la afección o del medicamento	Fecha/s (MM/DD/YY)	Nombre del médico	Dirección del médico	Teléfono del médico

Si necesita más espacio, continúe su respuesta en la sección «Anexo A - Enfermedad o lesión».

14B. ¿Fue un incidente laboral? Sí No Si la respuesta es afirmativa, indíquenos lo siguiente:

Nombre del empleador:	Teléfono del empleador:		
Dirección del empleador:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	País:

PARTE C: AUTORIZACIÓN PARA OBTENER LA HISTORIA CLÍNICA
1C. CONFIRMACIÓN

Confirmando que toda la información que consta en el presente formulario es verdadera, correcta y está completa según mi mejor saber y entender. Autorizo a cualquier médico colegiado, profesional de las artes de curar, hospital, clínica, establecimiento de salud, farmacia, organismo gubernamental, compañía de seguros, titular de póliza colectiva, empleado o administrador de planes de prestaciones que tengan información sobre la atención, las recomendaciones, los tratamientos, diagnósticos o pronósticos de alguna afección física o mental, o sobre la condición financiera o laboral, del asegurado que se cita a continuación a que le brinden tal información a WorldTrips. Entiendo que tengo derecho a recibir un ejemplar de esta autorización si así lo solicitase. Una copia revestirá la misma validez que su original. Esta autorización tiene una vigencia de doce meses desde la fecha de la firma:

Firma del reclamante

Nombre en letra de molde

Fecha (MM/DD/YY)

2C. AUTORIZACIÓN SOBRE LA ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES

Doy mi autorización para que se abonen las prestaciones de salud al médico o a otro prestador de servicios que presenta las facturas de que adjuntan.

Firma del asegurado

Fecha (MM/DD/YY)

NOTA: Si ya se abonaron estos reclamos, entréguenos todos los recibos de pago. Si desea recibir el reintegro por débito directo (ACH) o transferencia bancaria (en vez de que le enviemos un cheque), o si quiere que WorldTrips le pague a un tercero, complete el formulario correspondiente en el «Anexo B - Formas de pago».

EN VIRTUD DE LA LEY DE INDIANA, ESTAMOS OBLIGADOS A INFORMARLE LO SIGUIENTE: La persona que deliberadamente presente un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa con el objeto de cometer fraude contra una aseguradora incurre en un delito grave.

ANEXO A – ENFERMEDAD O LESIÓN

Use los campos a continuación si necesita más espacio para responder la pregunta **13B**.

Nombre o descripción de la afección o del medicamento	Fecha/s (MM/DD/YY)	Nombre del médico	Dirección del médico	Teléfono del médico

ANEXO B - FORMAS DE PAGO

Utilice el siguiente formulario correspondiente a la sección «2C. Autorización sobre la asignación de prestaciones». - *Si quiere que se le pague por débito automático (ACH) o transferencia bancaria, complete la siguiente sección «Formulario sobre acuerdo de autorización - Pagos por transferencias».*

FORMULARIO SOBRE ACUERDO DE AUTORIZACIÓN - PAGOS POR TRANSFERENCIAS

Por la presente, el asegurado autoriza a WorldTrips a que proceda a efectuar asientos de crédito en la cuenta que se indica a continuación en la institución financiera depositaria. Asimismo, consta por la presente que el origen de las transacciones por TRANSFERENCIAS que se realizan a la cuenta indicada deben cumplir con las disposiciones de las leyes de EE. UU. **Además, WorldTrips se reserva el derecho de que las transferencias bancarias sean por un mínimo de \$250.**

1. Nombre del beneficiario:		2. Teléfono particular (si corresponde):		3. Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
4. Dirección del beneficiario:					
5. Ciudad:		6. Estado:		7. Código postal:	8. País:
Información bancaria					
9. Nombre del banco:		10. Número de cuenta o IBAN del beneficiario:		11. Código Swift o número de ruta:	
12. Sucursal bancaria y dirección:					
13. Ciudad:		14. Estado:		15. Código postal:	16. País:
Información del banco intermediario (si corresponde)					
9. Nombre del banco:		10. Número de cuenta o IBAN:		11. Código Swift:	
12. Sucursal bancaria y dirección:					
13. Ciudad:		14. Estado:		15. Código postal:	16. País:

Nombre en letra de molde del asegurado

Firma del asegurado

Fecha (MM/DD/YY)
FORMULARIO SOBRE TERCEROS

Complete esta sección si se le debe abonar a un tercero que no sea ni el asegurado ni el prestador sanitario. Indique el nombre y los datos de a quién debería efectuársele el pago por las prestaciones y firme para autorizarnos a hacerle el reintegro a dicha persona.

1. Nombre:

2. Dirección:			
3. Ciudad:	4. Estado:	5. Código postal:	6. País:

Doy mi autorización para que las prestaciones de salud se le abonen al tercero mencionado anteriormente.

Nombre en letra de molde de la persona que completa el formulario

Firma

Fecha (MM/DD/YY)

ANEXO D - FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**SI QUIERE AUTORIZAR A WORLDTRIPS PARA QUE DIVULGUE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA A OTRA PERSONA, DEBE COMPLETAR LAS SIGUIENTES SECCIONES**

Mediante este formulario, autoriza a WorldTrips a usar o a divulgar su información de salud protegida (PHI) a las personas que nos indique. A los fines del presente, la información de salud protegida constituye la información de salud de carácter personal que transmite o mantiene WorldTrips. Si no se cuenta con un formulario de autorización completo y firmado, la ley federal prohíbe que WorldTrips entregue la PHI a su cónyuge, padre, madre, hijos mayores de edad u otros familiares o amigos cercanos, excepto que usted esté presente al momento en que se dé a conocer la información.

No se le negarán prestaciones si rechaza firmar el formulario.

SECCIÓN A: Persona que autoriza el uso o la divulgación de la información

Nombre del asegurado: _____

Número de póliza o certificado: _____

SECCIÓN B: El uso o la divulgación que se autoriza de la información

La información que se usará o divulgará es la siguiente:

- Datos de reclamos y pagos Elegibilidad e inscripción
 Facturas, solicitudes de pagos Pagos o cobertura de la póliza o del certificado
 Otro (precise) _____

Propósito del uso o de la divulgación de la información:

- Porque yo lo solicito
 Otro (precise) _____

Personas a las que se les puede entregar esta información:

1. _____ Relación con el asegurado _____
2. _____ Relación con el asegurado _____
3. _____ Relación con el asegurado _____
4. _____ Relación con el asegurado _____

SECCIÓN C: Caducidad

Esta autorización caducará (complete una opción):

___ El ___/___/___ (mes/día/año)

___ Cuando ocurra el siguiente hecho (que debe guardar relación con la persona o el propósito del uso o de la divulgación que se autoriza de la información): _____

SECCIÓN D: Información importante sobre sus derechos

Leí y entendí los siguientes comunicados sobre mis derechos:

- Puedo anular esta autorización en cualquier momento si le aviso a WorldTrips por escrito, aunque esta no tendrá efecto sobre las acciones que WorldTrips haya tomado antes de recibirla.
- Puedo ver la información que se indica en este formulario y sacar copias si así lo solicito.
- No tengo la obligación de firmar este formulario para acceder a las prestaciones de salud que me corresponden.
- La parte que reciba la información que se use o divulgue en virtud de esta autorización puede volver a transmitirla, y entiendo que los datos dejarán de estar protegidos por la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (también conocida como HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.

FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Tras haber tenido la posibilidad plena de leer y analizar lo manifestado en la presente autorización, doy mi permiso a WorldTrips a usar o divulgar mi información de salud protegida según se indicó con anterioridad.

Firma: _____

Fecha: _____

Si un representante personal firma esta autorización a nombre del titular de la póliza o del certificado, complete los siguientes datos:

Nombre del representante personal: _____

Vínculo con el titular de la póliza o del certificado al que le corresponde esta autorización: _____

Nota: Si así se le solicitase, debe presentar una constancia válida y vigente por la cual se demuestre su vínculo legal como representante personal.

LE CORRESPONDE RECIBIR UN EJEMPLAR DE ESTA AUTORIZACIÓN UNA VEZ QUE LA HAYA FIRMADO

Puede usarse una copia de este formulario como si fuese el original