

**U.S. Specialty Insurance Company, División de Transporte**

13403 Northwest parkway, Houston, TX 77040, Departamento de Reclamos, Teléfono 800.323.8121

**FORMA DE RECLAMO**

<b>Cómo someter un reclamo:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La SECCIÓN I y la AUTORIZACIÓN deben ser completadas por el Reclamante</li> <li>2. La SECCIÓN II debe ser completada por el Corredor Motriz o el Empleador</li> <li>3. Declaración del Médico debe ser completada atrás de esta forma</li> <li>4. Devuelva la forma completada al US Specialty Insurance Company (dirección de arriba)</li> <li>5. La forma debe ser tipeada o escrita en letra de imprenta</li> </ol>
---------------------------------	--

**SECCIÓN I – A SER COMPLETADA POR EL RECLAMANTE**

1. Reclamante	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento <i>MM/DD/AA</i>	Número de Seguro Social
2. Dirección de domicilio:	Ciudad, Estado, Código Postal:		Teléfono:
1. Su Ocupación:	Nombre del Corredor Motriz con el que contrate o Empleador: Por favor marque si Corredor Motriz <input type="checkbox"/> o Empleador <input type="checkbox"/>	Teléfono	Estaba usted en Despacho <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. Esta casado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre del Cónyuge:		
3. Fecha de la Lesión <i>MM/DD/AAAA</i>	Describa cómo ocurrió el accidente. Anexe copia del Reporte Policial si fue un accidente de Vehículo Automotor.	¿Hora de la lesión?	
4. Fecha de Reporte <i>MM/DD/AAAA</i>		¿Ubicación de la lesión?	
5. Reportado Por:			
6. Causa de la discapacidad:  ¿Puede trabajar actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha en que fue incapacitado por primera vez e incapaz de trabajar:  Fecha en que el Doctor le dio de alta para regresar a trabajar:  Fecha de retorno al trabajo:	Fecha del primer tratamiento para esta enfermedad o lesión:  ¿Aún en tratamiento o dado de alta? <input type="checkbox"/> Tratando <input type="checkbox"/> De alta	Nombre y Dirección del doctor:
7. ¿Esta condición se debe a una lesión accidental?  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Qué partes del cuerpo se hirió a causa de este Incidente?  ¿Ha visto a un médico por esta lesión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si "Si", cuál es el diagnóstico?		¿Esta condición es debida a una lesión o enfermedad ocupacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  ¿Es usted un empleado y presentando Compensación Laboral? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna otra cobertura? a. ¿Algún otro Grupo de Salud o Plan de Bienestar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	b. Medicare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez se ha tratado por la misma condición o una similar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si sí, Cuando? Incluya Nombre y dirección de Doctores:	Si este es un reporte tardío (más de 30 días), por qué está siendo reportado tarde?

**Autorización para Liberación de Información de Salud**

Reclamante \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo a cualquier proveedor de cuidado de la salud, asegurador de salud, a revelar "información de salud protegida", tal y como se define en el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) y regulaciones aplicables (incluyendo información que puede ser usada para identificarme y (sic) el de un proveedor de cuidado a la salud, asegurador de salud o farmacia creado o recibido acerca de mi condición de salud pasada, presente y futura, ; la prestación de cuidado de salud a mi o el pago por este cuidado de salud) como se indica debajo de mis récords de cuidado a la salud con el propósito de asistir en mi tratamiento médico o pago por ese tratamiento.

Información a ser divulgada:

- Todos los récords y cartas
- Récords de prescripciones y farmacias
- Correspondencia con respecto a cuidado médico
- Notas de Manejo de atención administrada
- Pagos o cobertura bajo el plan
- Otro (por favor especifique)

A menos que esté marcado abajo, el Plan no divulgará la información protegida de salud con respecto a:

- SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida)
- Cuidado psiquiátrico
- Tratamiento por abuso de alcohol y/o droga.

Las Personas o Entidades a las que esta información se pueda divulgar son las siguientes:

1. US SPECIALTY INSURANCE COMPANY – Relación con el Reclamante: Asegurador
2. Otras personas o entidades, Relación con el reclamante: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida de que se haya tomado una acción en dependencia de esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización expirará a un año de la fecha de la firma.

Firma del Reclamante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**FORMA DE RECLAMO** – Lea las instrucciones antes de Completar o Firmar esta Forma

**SECCIÓN II – A SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR O CORREDOR MOTRIZ**

Póliza y Certificado No.:	Nombre del Asegurado:	Seguro Social #:	Ocupación:
Fecha de Matriculación:	Fecha de Empleo:	Fecha efectiva de Aseguración:	¿Trabajando a tiempo completo termina en Despacho de la Fecha de Lesión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Último día de trabajo:	Fecha de vuelta al trabajo: Medio Tiempo: Tiempo Completo:	Es un Reclamo de Empleado para Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Es un reclamo de Contratista bajo la Póliza Grupal de lesión por Accidental/Ocupacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cuál fue la fecha de Retorno al Trabajo, si aplica? ¿El chofer, o si empleado, retornó a tareas activas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Está al día el seguro?  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Hasta qué día está pagada la prima?
Status <input type="checkbox"/> Suspendido Temporalmente <input type="checkbox"/> Otro, explique <input type="checkbox"/> Ausencia Permitida			
Nombre del Corredor Motriz o si es un chofer de flota o empleado de Texas, nombre del Empleador:			Teléfono #:
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):			
Fecha:	Firmado:		

**SECCIÓN III – INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROVEEDOR**

Fecha de la enfermedad (primer síntoma) o lesión (accidente): Qué historia proveyó el paciente para este tratamiento con usted?	Fecha de la primera consulta con usted por esta condición:	Ha presentado el paciente los mismos síntomas o similares? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha en que el paciente es capaz de regresar a trabajar:	Fechas de total discapacidad: Desde _____ Hasta: _____	Fechas de discapacidad parcial: Desde: _____ Hasta: _____
Nombre de médico(s) refiriente:	Por servicios relacionados a hospitalización, dé las fechas de hospitalización: Admitido: _____ Dispensado: _____	
Nombre de la instalación donde se dispensaron los servicios (si es diferente al hogar u oficina)	¿Hubo trabajo de laboratorio hecho fuera de su oficina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión: 1. 2. 3. 4.		

Firma del Médico \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Envíe Reclamos a:** U.S. Specialty Company  
13403 Northwest Freeway  
Houston, TX 77040

Obligación		Año:		Grupo	
Tipo de Reclamo		Cobertura Subyacente	OccAcc <input type="checkbox"/>	WC <input type="checkbox"/>	CLEL <input type="checkbox"/>
Ajustador #				Número de Reclamo	

**Reservas:**

Médica	
Compensación / Indemnización	
Otra	
Rehabilitación	
Compensación EL	
Gasto EL	
Potencial de Subrogación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Posiblemente <input type="checkbox"/>

Comentarios y discusiones de admisión relevantes a este reclamo:

Instrucciones de Manejo Inicial:

Iniciales:

Fecha: