



# PROVIDENT AMERICAN

I N S U R A N C E

## DOCUMENTO DE RECLAMO DE LESION ACCIDENTAL

**La falta de no llenar esta forma completa puede retrasar el proceso del reclamo.**

**DOCUMENTO DE RECLAMACION PARA:**  Lesion Accidental Unico  Lesion con Incapacidad Total

### INSTRUCCIONES:

1. Llene la información del Asegurado-Paciente.
2. **Por favor revise y firme la adjunta "autorización para Obtener información" forma.** Las dos copias adjuntas: regrese una copia a Provident American Insurance Company y la otra es para sus documentos. Al regresar la forma de autorización firmada, nos ayudara a procesar su reclamo lo mas pronto y eficaz posible.
3. Por favor firme a bajo de la forma.
4. **Si esta clasificando para incapacidad**, haga a su doctor llenar y firmar la "Declaración de Incapacidad Facultativo".

### NOTAS ADICIONALES:

1. Someta todas las cuentas relacionadas a este reclamo sea de doctor, hospital (debe de incluir numero de días internado, si es pertinente), ambulancia, consultas siguientes, terapia física, etc. Todas las cuentas deben de ser factura destallada; incluyendo el diagnostico, servicios presentados, fecha de servicio y los cargos actuales por el servicio.
2. Este seguro de incluir el numero de la póliza en todos los documentos.

### INFORMACION DEL ASEGURADO

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL MEDIADO
<input type="checkbox"/> ESCOJA ESTE SI ES UN NUEVO DOMICILIO PERMANENTE				
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	
SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE POLIZA	

### INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL MEDIADO	SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OTRO <b>RELACION:</b> <input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE - ESCOJA SI EL DEPENDIENTE ES UN ESTUDIANTE POR TLEMPO COMPLETO				

Fecha de accidente \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Describa como, cuando y donde ocurrio el accidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Si esta reclamado para beneficios de incapacidad total, conteste la siguiente preguntas.

1. ¿Cual es su ocupación? \_\_\_\_\_
2. Su salario mensual por medio \_\_\_\_\_
3. Nombre y domicilio de empleador o de su negocio por completo \_\_\_\_\_
4. Esta usted recibiendo o aplicando para compesacion del trabajador  Si  No    Compesacion de desempleo  Si  No
5. ¿Que fecha fue usted primero atendido por el medico por esta lesion? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
6. Nombre y domicilio de otros medicos que lo estan tratando \_\_\_\_\_
7. Dé la primera fecha que usted no trabajo. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
8. ¿Cuales responsabilidades no puede hacer debido a esta lesion? \_\_\_\_\_
9. Que fecha fue la primera donde pudo hacer cualquier parte de su trabajo, de supervisor o de lo contrario? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
10. Que fecha pudo regresar a sus responsabilidades de trabajo normal? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA (SI EL ASEGURADO ES MENOR DE EDAD, PADRE O GUARDIAN LEGAL DEBE FIRMAR)

FECHA

Cualquier persona que intencionadamente de falso o que reclame pago fraudulento de perdida, sera sujeto a castigo criminal o civil.

**ENVIE A**  
**PROVIDENT AMERICAN INSURANCE COMPANY**  
**10501 N CENTRAL EXPRESSWAY, # 200**  
**Dallas, TX 75231**  
**PHONE: 800.933.9456 OR 214.696.9091 FAX: 214.237.8664**