



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Affiliate
Mutual of Omaha Insurance Company
A Stock Insurer

Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001
Línea gratuita (800) 877-5176
Fax (402) 997-1865
Correo electrónico newdisabilityclaim@mutualofomaha.com

Guía para cumplimentar correctamente el formulario de reclamación de grupo por enfermedad crítica/específica

Mutual of Omaha Insurance Company (Mutual of Omaha), una aseguradora de capital*, agradece la oportunidad de proporcionarle una valiosa protección de ingresos. Confiamos en la información que nos proporciona en este formulario para determinar eficazmente si reúne los requisitos para recibir las prestaciones de grupo por enfermedad crítica/específica.

Esta guía contiene información e instrucciones que le ayudarán a cumplimentar y presentar correctamente el formulario de solicitud. Consulte a su empleador/administrador de prestaciones si necesita ayuda para facilitar información para el formulario.

Consejos importantes para la presentación de copias en papel

Antes de enviar el formulario, asegúrese de haber facilitado toda la información requerida y de haber respondido a todas las preguntas de forma completa y precisa. Si falta información o no se puede leer, se retrasará la tramitación de su formulario. Todas las partes de este formulario deben cumplimentarse sin gastos para la compañía aseguradora.

- Las siguientes directrices proporcionan información valiosa para ayudarle a cumplimentar con éxito el formulario.
- Haga una copia del formulario cumplimentado para sus archivos antes de enviarlo a Mutual of Omaha/United of Omaha.
- Utilice el formulario de reclamación de prestaciones médicas de grupo para todas las reclamaciones de prestaciones médicas de grupo.
- El número de identificación de grupo consta de ocho caracteres, empezando por "G000" y seguido de cuatro letras o números adicionales.

Advertencias obligatorias sobre fraude

Antes de completar el formulario de solicitud de reembolso, lea las advertencias obligatorias sobre fraude que figuran en la página siguiente.

Directrices para la Sección 1: declaración del empleado/miembro, paciente y reclamante

Esta sección debe ser cumplimentada por el Empleado/Miembro. Las fechas deben incluir mes, día y año. Para que se considere completo, el formulario debe estar firmado por usted.

Directrices para la sección 2: información sobre el médico, el hospital y la medicación

Esta sección es obligatoria si esta reclamación se presenta dentro del primer año siguiente a la fecha de entrada en vigor del seguro para el Paciente.

Autorización para divulgar información personal y autorización para divulgar información de salud a mi empleador

Ambas autorizaciones deben ser cumplimentadas por el Empleado. Las fechas deben incluir el mes, la fecha y el año.

Directrices para la sección 3: declaración del asegurado/empleador

Esta sección debe ser cumplimentada por el asegurado/empleador. Para que se considere completo, el formulario debe estar firmado por el asegurado/empleador.

Directrices para la sección 4: Declaración del médico tratante

Esta sección debe ser completada por el médico tratante. Las fechas deben incluir el mes, el día y el año. Para que se considere completo, el formulario debe estar firmado por el médico tratante.

*Mutual of Omaha Insurance Company (la "Compañía") es una aseguradora de capital. Los titulares de pólizas de la Compañía son miembros de Mutual of Omaha Holding Company (MOHC), de Omaha, Nebraska. La Compañía es una subsidiaria indirecta de propiedad-total de MOHC.

Advertencias de fraude

Revise la advertencia de fraude específica para su lugar de residencia antes de firmar el formulario o solicitud adjunta.

Todos los demás estados: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Alabama: Cualquier persona que presente deliberadamente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y quedará sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o alguna combinación de estos.

Arkansas/Maine/Ohio/Tennessee: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa será culpable de fraude de seguro.

California: Para su protección, el derecho de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de un seguro o para presentar una reclamación por el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar deliberadamente información o datos falsos, incompletos o engañosos a una empresa de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a dicha empresa. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier empresa de seguros o agente de una empresa de seguros que deliberadamente proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o solicitante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o solicitante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro será denunciado ante la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

Distrito de Columbia: Es delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si un solicitante proporciona información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave del tercer grado.

Kansas: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles determinadas por un tribunal de justicia.

Kentucky: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito.

Louisiana: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Maryland: Cualquier persona que deliberada o conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberada o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un delito y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Massachusetts/Vermont: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva Jersey: Cualquier persona que deliberadamente incluya información falsa o engañosa en una solicitud de seguro quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nuevo México: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, será culpable de un crimen y quedará sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Nueva York: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, estará cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también quedará sujeta a sanciones civiles que no excedan los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada una de esas infracciones.

Carolina del Norte/Oregón: Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a una empresa de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho estará cometiendo un acto de fraude de seguro, que es un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

Puerto Rico: Cualquier persona que proporcione información oral o escrita, u ofrezca cualquier testimonio sobre acciones ilegales o inadecuadas que debido a su naturaleza constituyan acciones fraudulentas para las empresas aseguradoras, a sabiendas de que los datos son falsos, estará cometiendo un delito grave y, tras la condena, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5000) y no más de diez mil dólares (\$10 000) por cada infracción, o una pena fija de prisión por tres (3) años, o ambas penas. En caso de que existan circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Rhode Island: Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o beneficio, o que deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito, y quedará sujeta a multas y encarcelamiento.

Virginia: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

Washington: Es delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una empresa de seguros con el fin de defraudar a dicha empresa. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro.

Formulario de reclamación de grupo por enfermedad crítica/específica

Información sobre el empleador

Nombre del asegurado/empleador		Número de identificación del grupo G000 ____
Ciudad	Estado	Código postal

Información sobre el empleado/reclamante

Nombre del empleado (Nombre, Segundo nombre, Apellido)		Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)	SSN del empleado
Dirección del empleado	Ciudad del empleado	Estado del empleado	Código postal del empleado
Correo electrónico del empleado		Número de teléfono del empleado	
Género del empleado ☐ Hombre ☐ Mujer	Fumador o no fumador	Estado civil del empleado ☐ Soltero ☐ Casado/En pareja ☐ Viudo ☐ Divorciado	

Información sobre los requisitos (sólo aplicable a CA, DC, MA, NJ y NY)

¿El Empleado/Miembro y el Paciente (si no es el Empleado/Miembro) tienen Seguro de Gastos Médicos Mayores, o una combinación de Seguro Básico Hospitalario y Médico Básico? ☐ Sí* ☐ No	*En caso afirmativo, indique el nombre de la de compañía de seguros y número de póliza para Empleado/Miembro y Paciente (si es diferente):
--	--

Información sobre el paciente/reclamante - Complete esta sección sólo si el paciente no es el empleado.

****Si es otro, como un poder notarial o un curador, deberá adjuntarse a esta solicitud una copia del documento a través del cual se otorga la autorización.****

Nombre del paciente (Nombre, Segundo nombre, Apellido)			
Dirección del paciente	Ciudad del paciente	Estado del paciente	Código postal del paciente
Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)	Género del paciente ☐ Hombre ☐ Mujer	Número SSN o ID del paciente	Relación del paciente con el empleado/miembro
Si el Paciente es hijo del empleado/miembro, si es menor de 18 años, ¿es estudiante a tiempo completo? ☐ Sí ☐ No		Si el paciente es hijo del empleado/miembro ¿está casado o en pareja de hecho? ☐ Sí ☐ No	

Información sobre enfermedad crítica/específica

Fecha en que se diagnosticó al Paciente la enfermedad o la necesidad del procedimiento, o fecha en que se realizó el procedimiento (MM/DD/AAAA):	
Describa brevemente la enfermedad o el procedimiento:	
¿Ha tenido el paciente alguna vez la misma enfermedad o similar o se ha sometido al mismo procedimiento o similar? ☐ Sí* ☐ No	*En caso afirmativo, indique la fecha de la enfermedad/procedimiento anterior y del último tratamiento (MM/DD/AAAA):
¿Ha pagado alguna vez una prestación por el Paciente bajo cualquier otra póliza de Enfermedad Grave/Enfermedad Específica patrocinado por el tomador del seguro/empleador? ☐ Sí* ☐ No	†En caso afirmativo, indique la fecha (MM/DD/AAAA) y el importe de cada prestación:

Por favor, marque la enfermedad/procedimiento para el que se presenta esta reclamación y envíe junto con este formulario los resultados de las pruebas pertinentes, el resumen del alta hospitalaria y/o los historiales médicos detallados.

La Enfermedad/Procedimiento seleccionado a continuación debe incluirse en su Certificado para que la Reclamación sea considerada. Consulte las definiciones de su certificado para obtener información adicional sobre lo que está cubierto.

Trastornos autoinmunitarios

- ☐ Enfermedad de Addison
- ☐ Diabetes de tipo I y II
- ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal
- ☐ Artritis grave
- ☐ Lupus eritematoso sistémico
- ☐ Esclerosis sistémica
- ☐ Trastorno tiroideo

Diagnóstico de cáncer y tumores benignos

- ☐ Tumor cerebral benigno o tumor benigno de la médula espinal
- ☐ Donante de médula ósea/células madre
- ☐ Receptor de médula ósea/células madre
- ☐ Cáncer (invasivo)
Informe de patología, diagnóstico clínico (sólo si no es posible el diagnóstico patológico), informe quirúrgico
Estadio TNM: _____
Etapa Rai o Binet: _____
Nivel Clark: _____
Espesor de Breslow: _____
- ☐ Carcinoma in situ (cáncer no invasivo)
Informe patológico, diagnóstico clínico (sólo si no es posible el diagnóstico patológico), informe quirúrgico
Estadio TNM: _____
Etapa Rai o Binet: _____
Nivel Clark: _____
Espesor de Breslow: _____
- ☐ Cáncer metastásico
- ☐ Cáncer de piel

Afecciones vasculares y pulmonares

- ☐ Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)
Gasometría arterial, radiografía, definición de SDRA satisfecha mediante los métodos AECC, Murray LIS, Delphi o Índice de Oxigenación (IO)
Índice P/F: _____
IO: _____
PCWP: _____
Murray LIS: _____
- ☐ Aneurisma
- ☐ Arritmia cardíaca (fibrilación auricular/fibrilación ventricular o bradicardia)
- ☐ Valvulopatía cardíaca
- ☐ Enfermedad arterial coronaria
- ☐ Ataque cardíaco (infarto de miocardio)
- ☐ Fibrosis pulmonar
- ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave (EPOC)
- ☐ Paro cardíaco repentino
- ☐ Embolia pulmonar

Trastornos neurológicos del movimiento

- ☐ Enfermedad de Alzheimer
- ☐ Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
- ☐ Demencia
- ☐ Enfermedad de Huntington
- ☐ Esclerosis múltiple (EM)
- ☐ Distrofia muscular
- ☐ Miastenia grave
- ☐ Enfermedad de Parkinson

Afecciones neurológicas del cerebro y el cráneo

- ☐ Colgajo óseo/defecto craneal
- ☐ Accidente cerebrovascular Estudios de neuroimagen, déficits neurológicos documentados
- ☐ Ataque isquémico transitorio (AIT) o déficit neurológico isquémico reversible (DNIR)

Afecciones orgánicas

- ☐ Obesidad avanzada
- ☐ Informe quirúrgico de insuficiencia orgánica grave, prueba de inclusión en la lista de la UNOS ¿Está el Paciente en la lista de la UNOS? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique la fecha de inclusión en la lista: _____
- ☐ Síndrome de Budd-Chiari
- ☐ Insuficiencia renal terminal
- ☐ Donante de órganos
- ☐ Colangitis esclerosante primaria (enfermedad de Walter Payton)

Afecciones infecciosas

- ☐ Coronavirus (incluido el Covid-19)
- ☐ Enfermedades infecciosas

Diagnósticos ocupacionales

- ☐ Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ocupacional
- ☐ Hepatitis B, C o D ocupacional
- ☐ Trastorno por estrés postraumático ocupacional

Pérdida funcional

- ☐ Coma
- ☐ Quemadura grave
- ☐ Pérdida de las actividades de la vida diaria (AVD)
- ☐ Pérdida de audición
- ☐ Pérdida de visión en ambos ojos
- ☐ Pérdida de visión en un ojo
- ☐ Pérdida del habla
- ☐ Parálisis

Condiciones de planificación familiar

- ☐ Complicación del embarazo
- ☐ Infertilidad

Enfermedades infantiles

- ☐ Trastorno del espectro autista
- ☐ Parálisis cerebral
- ☐ Enfermedades o defectos congénitos del corazón
- ☐ Trastornos genéticos
- ☐ Deficiencia de hormona del crecimiento humano
- ☐ Cuidados intensivos neonatales o cuidados intensivos pediátricos
- ☐ Síndrome de Reye-Johnson
- ☐ Enfermedad de células falciformes
- ☐ Defectos congénitos estructurales

Enfermedades mentales

- ☐ Trastorno alimentario grave
- ☐ Trastorno bipolar grave
- ☐ Trastorno depresivo mayor grave
- ☐ Trastorno obsesivo-compulsivo grave
- ☐ Depresión posparto grave o psicosis posparto
- ☐ Trastorno esquizoafectivo grave
- ☐ Esquizofrenia grave

Prestaciones adicionales

- ☐ Prestación de asistencia familiar
- ☐ Prestación para el cuidado de animales de compañía
- ☐ Prestación de alojamiento
- ☐ Prestación de transporte
- ☐ Prestación de transporte público
- ☐ Prestación para pruebas genéticas, secuenciación genómica o pruebas farmacogenómicas
- ☐ Prestación de reconocimiento médico
- ☐ Prestación por mamografía o ecografía mamaria
- ☐ Prestación del examen de próstata
- ☐ Prestación por visita de salud mental
- ☐ Prestación de la evaluación del centro oncológico del NCI

Si el paciente fue hospitalizado/tratado antes de la fecha de entrada en vigor del seguro, facilite la siguiente información:

Médico/Hospital	Número de teléfono	Número de fax	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de admisión si procede (MM/DD/AAAA)	Fecha de alta si procede (MM/DD/AAAA)	Motivo de la visita/atención	

Si el paciente fue hospitalizado/tratado antes de la fecha de entrada en vigor del seguro, facilite la siguiente información:

Médico/Hospital	Número de teléfono	Número de fax	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de admisión si procede (MM/DD/AAAA)	Fecha de alta si procede (MM/DD/AAAA)	Motivo de la visita/atención	

Facilite información sobre el médico de atención primaria del paciente (por ejemplo, médico de familia o pediatra):

Nombre del médico	Teléfono del médico	Número de fax del médico	
Dirección del médico	Ciudad del médico	Estado del médico	Código postal del médico

Enumere cualquier medicamento de venta libre, medicamentos recetados o medicamentos tomados por el paciente por cualquier motive dentro del año anterior a la fecha de entrada en vigencia del seguro para el paciente:

Nombre del fármaco/medicamento	Fecha/s tomada/s	Nombre de la farmacia, Teléfono, Ciudad y Estado	Nombre del médico que lo recetó

Si hay fármacos/medicamentos adicionales para incluir, proporcione la información mencionada para cada medicamento/fármaco adicional en una hoja de papel separada y envíela con este formulario.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo la advertencia de fraude que se aplica a mi estado de residencia, y que toda la información y declaraciones proporcionadas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante	Fecha
Firma del paciente, si tiene 18 años o más (y no es el solicitante)	Fecha
☐ Marque aquí si el paciente ha fallecido o no puede firmar.	

Declaración del asegurado/empleador

Nombre del empleado/miembro		Número SSN o ID del empleado/miembro
Nombre del paciente (si no es el empleado/miembro)		SSN o número de identificación del paciente (si no es el empleado/miembro)
Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)	Género del paciente ☐ Hombre ☐ Mujer	Relación con el empleado/miembro (Escriba "él mismo" si el paciente es el empleado/miembro)
Nombre del asegurado/empleador		Número de identificación del grupo G000 ____
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono
		Número de fax
Fecha de entrada en vigor del seguro para el empleado/miembro (MM/DD/AAAA)		
Importe de la prestación de empleado/miembro (Elegido/En vigor)		Importe de la prestación del paciente (Elegido/En vigor, si procede)
El Empleado/Miembro o Paciente, ¿estaba previamente asegurado con alguna otra póliza de seguro de Enfermedad Crítica ofrecida a través del Asegurado/Empleador? ☐ Sí ☐ No		
Junto con esta solicitud debe presentarse una copia del formulario/registro de afiliación del empleado/miembro y de la designación actual del beneficiario.		
Clase	Fecha de empleo a tiempo completo (MM/DD/AAAA)	Promedio horas trabajadas/semana
¿Paga el empleado alguna prima por este seguro? ☐ Sí* ☐ No		*En caso afirmativo, qué % de la prima total paga antes de impuestos el empleado? _____ % Antes de impuestos
Si el Empleado ya no trabaja las horas mínimas exigidas por la política, indique por qué: ☐ Terminación ☐ Despido ☐ Licencia personal ☐ Licencia médica (por ejemplo, FMLA) ☐ Otros (Explique):		
Utilice este espacio para proporcionar cualquier información adicional relacionada con la información indicada anteriormente, según sea necesario:		

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido la advertencia de fraude aplicable a mi estado de residencia, y que toda la información y declaraciones facilitadas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del asegurado/representante del empleador	Fecha
Nombre en letra imprenta	Título
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono
	Número de fax

Declaración del médico tratante

Nombre del empleado/miembro		Número de identificación o SSN del empleado/miembro	Número de identificación del grupo G000 ____	
Nombre del paciente (si no es el empleado/miembro)		Número de seguridad social o número de identificación del paciente (si no es el empleado/miembro)		
Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)	Género del paciente ☐ Hombre ☐ Mujer		Relación con el empleado/miembro (Escriba "él mismo" si el paciente es el empleado/miembro)	
Diagnóstico				
Código CIE-9/10	Fecha del diagnóstico (MM/DD/AAAA)		Fecha de la primera consulta (MM/DD/AAAA)	
Se realizó una intervención quirúrgica? ☐ Sí* ☐ No	*En caso afirmativo, indique los códigos CPT 4:		*Fecha en que se realizó la cirugía (MM/DD/AAAA)	
¿Ha tenido el paciente alguna vez la misma enfermedad o similar o se ha sometido al mismo procedimiento o similar? ☐ Sí* ☐ No ☐ Desconocido		¿Sigue el paciente bajo su cuidado? ☐ Sí ☐ No		*En caso negativo, fecha final del tratamiento (MM/DD/AAAA):
En caso afirmativo, indique la fecha de la(s) enfermedad(es)/procedimiento(s) anterior(es) y/o la fecha del último tratamiento (MM/DD/AAAA):				
Nombre del médico tratante		Teléfono del médico		Número de fax del médico
Dirección del médico		Ciudad del médico	Estado del médico	Código postal del médico
Especialidad Médica	Título		Certificación(es) de la Junta	
Número de identificación fiscal	¿Está usted (el médico tratante) relacionado con el Paciente? ☐ Sí* ☐ No		*En caso afirmativo, explique la relación:	

Si el Paciente fue hospitalizado por la Enfermedad/Procedimiento indicado arriba, proporcione la información del hospital:

Nombre del hospital		Teléfono del hospital		Fax del hospital
Dirección del hospital	Ciudad del hospital		Estado del hospital	Código postal del hospital
Fecha de admisión (MM/DD/AAAA)	Fecha de alta (MM/DD/AAAA)		Motivo de la visita/atención	

Proporcione información sobre cualquier otro hospital en el que el Paciente haya recibido atención por la Enfermedad/Procedimiento indicado anteriormente:

Nombre del hospital		Teléfono del hospital		Fax del hospital
Dirección del hospital	Ciudad del hospital		Estado del hospital	Código postal del hospital
Fecha de admisión (MM/DD/AAAA)	Fecha de alta (MM/DD/AAAA)		Motivo de la visita/atención	

Facilite información sobre el médico de atención primaria del paciente (por ejemplo, médico de familia o pediatra):

Nombre del médico		Teléfono del médico		Número de fax del médico
Dirección del médico	Ciudad del médico		Estado del médico	Código postal del médico
Especialidad Médica	Título		Certificación(es) de la Junta	

Proporcione información sobre cualquier otro médico/especialista que trate al paciente por la enfermedad/procedimiento indicado anteriormente:

Nombre del médico	Teléfono del médico	Número de fax del médico	
Dirección del médico	Ciudad del médico	Estado del médico	Código postal del médico
Motivo de la atención			
Especialidad médica	Título	Certificación(es) de la Junta Médica	

****Si el paciente ha sido tratado en más de dos hospitales o por más de dos médicos, facilite la información requerida más arriba para cada hospital o médico, ya sea a continuación o en una hoja aparte, y envíela junto con esta solicitud.**

Utilice este espacio para proporcionar cualquier información adicional relacionada con la información indicada anteriormente, según sea necesario:

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido la advertencia de fraude aplicable a mi estado de residencia, y que toda la información y declaraciones facilitadas en este formulario son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del médico tratante	Fecha
---------------------------	-------

Autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT)

Depósito directo de pagos de beneficios

Entiendo que al completar este formulario, autorizo a United of Omaha Life Insurance Company a depositar directamente en mi cuenta bancaria a través de transferencia electrónica de fondos (EFT) los pagos que se me deben en virtud de un contrato emitido o administrado por United of Omaha a mi institución financiera con la información proporcionada a continuación, para el crédito a mi cuenta. Declaro que la información bancaria que se detalla a continuación no está asociada con una tarjeta bancaria prepaga o una cuenta de cheques/ahorros no estándar, y entiendo que dicha tarjeta bancaria prepaga o cuentas de cheques/ahorros no estándar no son aceptadas por United of Omaha.

Además, autorizo e instruyo al banco a cargar dicha cuenta o la cuenta de mi patrimonio por cualquier pago realizado por error según lo determinado por United of Omaha y reembolsar cualquier pago realizado después de mi muerte o realizado por error y reembolsar cualquier pago a United of Omaha previa solicitud por escrito al banco.

Además entiendo y acepto que es mi responsabilidad asegurar que toda la información bancaria reportada en este formulario sea precisa y correcta para el depósito apropiado de mi(s) pago(s) y que United of Omaha puede confiar en esta información y no tendrá la obligación de asegurar la veracidad de la información. Completar este formulario no es una garantía de que se pagarán los beneficios.

Además, entiendo y acepto que cualquier pago realizado en una cuenta bancaria incorrecta (incluidos, entre otros, una tarjeta bancaria prepaga o una cuenta corriente/de ahorros no estándar, ambas de los cuales no son aceptados por United of Omaha) de acuerdo con la información reportada en este formulario, los perderé y United of Omaha no tiene la obligación de recuperar esos fondos o hacerme pagos de reemplazo.

Además, entiendo y acepto para mí, mis herederos, albaceas y patrimonio indemnizar y eximir de responsabilidad a United of Omaha de cualquier pérdida o daño de cualquier naturaleza, incluidos los costos o los honorarios de abogados incurridos debido a que dicho banco actúa de conformidad con esta Autorización.

Además, entiendo y acepto que United of Omaha no es responsable de ningún cargo bancario u otros costos asociados con o que surjan de este acuerdo.

También entiendo que si mi banco no puede aceptar EFT, los cheques se enviarán por correo a mi residencia.

Me reservo el derecho de revocar y cancelar esta autorización. Dicha revocación y cancelación entrará en vigencia dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de la notificación por parte de United of Omaha.

Información del beneficiario	Información bancaria
Nombre completo	Nombre del banco
Dirección	Dirección
Dirección	Dirección
Ciudad	Ciudad
Estado y código postal	Estado y código postal
Número de teléfono ()	Número de teléfono ()
Número de seguro social	Número de cuenta
Número de póliza	Número de ruta/tránsito ABA del banco
Numero de reclamo	☐ Comprobación ☐ Ahorros (Marque solo uno) <i>Tarjetas bancarias prepago y no estándar no se permiten cuentas de cheques/ahorros.</i>
Número de beneficiario (sólo para uso de oficina)	Aprobado por/Fecha (sólo para uso de oficina)

X

Firma del beneficiario

Fecha

Información del contacto

Adjunte YA SEA un cheque anulado para verificar O una boleta de depósito para ahorros y devolver con este formulario a:

United of Omaha Life Insurance Company
HO8W-GDMS
3316 Farnam Street
Omaha, NE 68172-7420

También puede enviar un fax al 402-997-1835 o enviar un correo electrónico a submitgrpci@mutualofomaha.com
Si tiene alguna pregunta sobre EFT, no dude en comunicarse con nuestros representantes de servicio al cliente al número gratuito 1-800-775-8805 (de lunes a jueves de 7 a.m. - 5:30 p.m. y viernes 7 a.m. - 5 p.m. CST).

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.

Autorización para divulgar información personal

1. Yo (el abajo firmante) autorizo a cualquier médico, odontólogo, farmacéutico, otro proveedor de atención médica, hospital, clínica o centro médico, aseguradora, reaseguradora, organización de apoyo a los servicios de seguros, empleador, agencia gubernamental, agencia de informes de solvencia, o la póliza de seguros o el administrador del plan de beneficios para divulgar registros que contengan la Información Personal de:

Nombre del solicitante _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____ Número de seguridad social _____

Esta información médica o de salud puede incluir información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales, consumo de alcohol y de drogas. Esto también puede incluir información sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados de pruebas relacionadas con VIH, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, a menos que la ley estatal lo restrinja.

2. **Información personal que se divulgará:**

- datos o registros sobre mi historia clínica, tratamiento, recetas, consultas (incluidos informes médicos y psicológicos, registros, gráficos, notas (excluidas notas de psicoterapia), radiografías, imágenes o correspondencia, y cualquier afección médica que tenga o haya tenido;
- cualquier información relacionada con la cobertura del plan de beneficios o del seguro, reclamos o beneficios; o
- cualquier información, datos o registros relacionados con mis actividades (incluidos registros relacionados con mi seguridad social, indemnización por accidente laboral, ingresos de jubilación, información financiera, ganancias e historial laboral)

3. **Autorizo a divulgar mi información personal con Mutual of Omaha Insurance Company (Mutual of Omaha), una aseguradora de capital*:**

ATENCIÓN: Servicios de gestión de enfermedades graves/especificadas de seguros grupales
Mutual of Omaha Insurance Company/United of Omaha Life Insurance Company
Mutual of Omaha Plaza
Omaha, NE 68175-0001

or Fax: 402-997-1835 o correo electrónico: submitgrpci@mutualofomaha.com

4. **Entiendo que Mutual utilizará mi información personal con el fin de evaluar mi solicitud de beneficios, o en la medida que lo exige o permite la ley, y que, en caso de no firmar esta autorización, no recibiré el pago de mi solicitud de beneficios. También autorizo a Mutual a divulgar mi información personal de la siguiente manera:**

- a su reaseguradora, u otras personas u organizaciones que proporcionan servicios comerciales, legales o de apoyo a seguros en relación con mi/s reclamo/s; o
- a un proveedor especializado en la solicitud de Beneficios de Incapacidad de la seguridad social; o
- a proveedores/consultores que me proporcionen servicios relacionados con el bienestar, la incapacidad o la licencia como parte de un plan de beneficios patrocinado por el empleador; o
- para planes de incapacidad autoasegurados solamente, a mi empleador; o
- para planes totalmente asegurados a mi empleador para su uso en discusiones con Mutual con respecto a mi capacidad funcional, y cualquier restricción y limitaciones relacionadas, con el fin de facilitar mi regreso al trabajo; o
- lo que por lo demás exija o permita la ley, o según yo lo autorice

5. Entiendo que mi información personal puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y que ya no estará protegida por la ley federal o estatal.

6. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud escrita para Mutual en la dirección mencionada anteriormente. Si revoco esta Autorización, no afectará ningún uso o divulgación de información personal que haya ocurrido antes de que Mutual reciba mi revocación. Si no se recibe la revocación por escrito, esta Autorización seguirá siendo válida hasta 24 meses después de la fecha firmada.

7. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización y que una copia tiene la misma validez que el original.

CONSERVE UNA COPIA FIRMADA PARA SUS REGISTROS

Nombre/s utilizado/s para los registros (si es diferente del nombre siguiente): _____

Firma del solicitante

Fecha

Si corresponde: Soy el representante legal del solicitante y estoy autorizado a dar el consentimiento en representación del solicitante.

Nombre impreso del representante legal _____

Firma del representante legal _____

Tipo de representante legal _____

ESTA AUTORIZACION CUMPLE CON HIPAA Y OTRAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES

**Mutual of Omaha Insurance Company (la "Compañía") es una aseguradora de capital. Los titulares de pólizas de la Compañía son miembros de Mutual of Omaha Holding Company (MOHC), de Omaha, Nebraska. La Compañía es una subsidiaria indirecta de propiedad-total de MOHC.*

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente.