



# Plan de Enfermedad crítica de Aetna Solicitud de Beneficios

Internal Use

Category Code	VPCF
Office Key Code	039

**Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o cómo presentar su reclamo, o si desea apelar una decisión, por favor llame a nuestro Centro de Servicio al Cliente al 1-888-772-9682 entre las horas de 8:00 de la mañana a 6:00 de la noche.**

La ejecución de este formulario no garantiza el pago.

## A. Instrucciones para llenar este formulario

1. Por favor, marque la(s) casilla(s) que mejor describe(n) su(s) reclamo(s).

Beneficio cubierto	Marque la casilla	Beneficio cubierto	Marque la casilla
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>
Tumor cerebral benigno	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia de los órganos principales	<input type="checkbox"/>
*Cáncer (invasivo o interno)	<input type="checkbox"/>	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>
*Carcinoma in Situ	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>
Coma	<input type="checkbox"/>	VIH ocupacional	<input type="checkbox"/>
Condición de arteria coronaria que requiere cirugía de bypass	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>
Etapa final de insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón (infarto miocárdio)	<input type="checkbox"/>	*Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la visión (ceguera)	<input type="checkbox"/>	Quemaduras de tercer grado	<input type="checkbox"/>
Pérdida del habla	<input type="checkbox"/>		

*\*Si su póliza incluye los beneficios opcionales de cáncer y usted está solicitando el pago de beneficios para el cáncer (invasivo o interno) o carcinoma in situ, por favor proporcionar un informe de anatomía patológica y/o diagnóstico clínico..*

- Completar los artículos en la **Sección B** en su totalidad.
- Completar y firmar la **Sección E**.
- Pedir al médico completar las **Secciones C y D** en su totalidad.
- Favor proporcionar una factura detallada o el formulario UB04 del hospital.
- Conservar copias de sus facturas para sus registros.
- Enviar la solicitud de beneficios completada y las facturas a:
 

**Aetna Voluntary Plans**                      **Por fax a: 1-859-455-8650**  
**PO Box 14079**                                      **Teléfono:1-888-772-9682**  
**Lexington, KY 40512-4079**

**NOTA: FORMULARIOS DE RECLAMO INCOMPLETOS DEMORARÁ EL PROCESO DE RECLAMO.**

## B. Información del empleado y el paciente (para ser completado por el empleado)

1. Primer nombre del empleado			Segundo nombre			Apellido		
2. Dirección del empleado (incluir el código postal)						<input type="checkbox"/> Marque la casilla si la dirección es nueva		
3. Correo electrónico del empleado			4. Número de póliza/de grupo del empleado			5. N° de identificación W o N° de Seguro Social del empleado		
6. Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA) / /			7. Sexo del empleado <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			8. Número de teléfono durante el día ( ) -		
9. Empleo			10. Nombre del empleador			11. Número de contacto ( ) -		
12. Nombre del paciente (si no es el empleado)						13. N° de identificación W o N° de Seguro Social del paciente (si difiere de lo anterior)		
14. Dirección del paciente (si es diferente del empleado)								
15. Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA) / /			16. Sexo del paciente (si no es el empleado) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			17. Relación del paciente al titular de la póliza/del certificado <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		



## Sección de declaraciones falsas

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

**DECLARACIÓN DE INTERÉS DE ILLINOIS:** Para los contratos en Illinois y para los residentes de Illinois, a menos que el pago se realiza dentro de los quince (15) días a partir de la fecha de recepción por la empresa de la debida prueba de la pérdida, el interés se devengará sobre los ingresos a pagar por la muerte del asegurado, desde la fecha de muerte, a una tasa del 9% sobre el monto total pagadero o el valor nominal si los pagos son realizados en cuotas hasta que se pague el pago total o la primera cuota.

### ADVERTENCIAS DE FRAUDE POR ESTADO

**AVISO EN ALABAMA:** Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en la solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o alguna combinación de los mismos.

**AVISO EN ALASKA, ARKANSAS, KENTUCKY, LOUISIANA, MAINE, NEW JERSEY, NEW MEXICO Y VIRGINIA:** Toda persona que a sabiendas 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 procesado bajo la ley estatal.

**AVISO EN DELAWARE, IDAHO, INDIANA, MINNESOTA Y OKLAHOMA:** Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presenta un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

**AVISO EN ARIZONA:** Para su protección, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**AVISO EN CALIFORNIA:** Para su protección, la ley de California exige que lo siguiente aparezca en este formulario. Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**AVISO EN COLORADO:** Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Toda compañía de seguros que a sabiendas proporciona información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o laudo por pagar de los beneficios del seguro será informado a la división de seguros dentro del departamento de las agencias reguladoras de Colorado.

**AVISO EN DISTRICT OF COLUMBIA: AVISO DE FRAUDE:** Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía de seguros, o cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios de seguro, si la información materialmente falsa relacionada con un reclamo fue proporcionada por el solicitante.

**AVISO EN FLORIDA:** Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

**AVISO EN MARYLAND:** Toda persona que a sabiendas y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas y deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión.

**AVISO EN NEW HAMPSHIRE:** Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638.20.

**AVISO EN OHIO:** Toda persona que, con la intención de defraudar o que a sabiendas está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguros.

**AVISO EN OREGON:** Toda persona que hace declaraciones falsas intencionalmente que es significativo para el riesgo puede ser declarada culpable de fraude de seguros por un tribunal de justicia.

**AVISO EN PENNSYLVANIA:** Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho fundamental, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, que es un delito y dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

**AVISO EN PUERTO RICO:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de defraudar incluye información falsa en una solicitud de seguro o archiva, ayuda o instiga en la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o archiva más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y si es declarado culpable será sancionado por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000), que no exceda diez mil dólares (\$10,000); o encarcelado por un término fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, la pena de cárcel fija podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; y si las circunstancias son atenuantes, la pena de cárcel podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

**AVISO EN TENNESSEE Y WASHINGTON:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios de seguro.

**AVISO EN TEXAS:** Toda persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

**AVISO EN WEST VIRGINIA Y RHODE ISLAND:** Toda persona que a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión.

**AVISO EN NEW YORK:** Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho fundamental, habrá cometido un acto fraudulento de seguro que es un delito y también estará sujeta a una sanción civil que no exceda cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo por cada violación.

Firma de empleado:

Fecha (MM/DD/AAAA):

## Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

## Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

---

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

---

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

---

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

---

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

---

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

---

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

---

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

---

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

---

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

---

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

---

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

---

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

---

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

---

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

---

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

---

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

---