

LA LEY DE INDIANA REQUIERE QUE LE NOTIFIQUEMOS LO SIGUIENTE: Una persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

Declaración y autorización del reclamante

INSTRUCCIONES

COMPLETE TODAS LAS PARTES APLICABLES DE ESTE FORMULARIO.

Nota: Solo se requiere un formulario de autorización y declaración del reclamante para cada episodio de atención. Si ya envió un formulario relacionado con el incidente por el cual está reclamando, no se necesita una Declaración del reclamante adicional.

SERVICIOS MÉDICOS FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si los servicios médicos se realizaron fuera de los Estados Unidos, complete este formulario junto con el Suplemento A. Adjunte copias de todas las facturas detalladas por servicios y suministros. Verifique que los documentos indiquen su nombre, fecha de servicio, diagnóstico y el cargo por cada servicio. Si ya pagó por estos servicios, incluya los recibos que muestren el pago.

OPCIONES DE ENVÍO DE FORMULARIOS

Si NO está completando y enviando este formulario en línea a través del Portal para miembros, debe enviarnos el formulario completo utilizando uno de los métodos a continuación.

Presentación en línea — vaya a:

<https://www.worldtrips.com/customer-resources>

Formulario en papel — envíe por correo a:

WorldTrips
PO Box 240358
Apple Valley, MN 55124
U.S.A

PREGUNTAS O ORIENTACIÓN

Si tiene preguntas u orientación para completar este formulario, visite <https://www.worldtrips.com/claims-resource-center/guide/claims-process>. También puede llamarnos sin cargo al 800-605-2282 dentro de los EE. UU. o cobrar al 1-317-262-2132 desde cualquier otro lugar del mundo. Cuando llame, mencione el país y el código de área desde el que llama.

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 primario:		10A. Teléfono secundario:		11A. Dirección de correo electrónico:	
IMPORTANTE: No podemos procesar sus reclamaciones sin el número de identificación correcto. Puede ubicar este número en su documento de póliza o tarjeta de identificación de póliza.				12A. Número de póliza o número de certificado:	
13A. Ciudadanía:		14A. País de origen*:		15A. Países visitados: (WorldTrips puede solicitar una copia de su pasaporte.)	

* El país de origen es donde reside principalmente y recibe correo regular.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (continuado)

16A. Eres estudiante a tiempo completo? ☐ Sí ☐ No - En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:			
Nombre de Escuela:			
Dirección de la escuela:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País:
IMPORTANTE - Asegúrese de adjuntar: - Si se encuentra en los Estados Unidos, una copia de su visa válida relacionada con la educación (visa F-1 o J-1, OPT, etc.) y/o I-20/DS2019 válido. - Prueba de su condición de estudiante de tiempo completo (por favor ignore este elemento solo si está enviando una copia de una visa F-1 válida, incluida OPT, o visa J-1).			
17A. Está usted empleado? ☐ Sí ☐ No			
18A. ¿Tiene alguna otra cobertura (médica, de indemnización o de responsabilidad), además de la proporcionada por WorldTrips, que podría ayudar a cubrir los gastos reclamados? ☐ Sí ☐ No			
Nombre de la compañía de seguros:	Tenedor de una póliza:	Número de póliza:	Fecha efectiva (MM/DD/YY):
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	País:
¿Es este seguro de grupo? ☐ Sí ☐ No		¿Se obtiene este seguro a través de una universidad o escuela a la que asiste? ☐ Sí ☐ No	

PARTE B: ASISTENCIA EN VIAJE Y OTRAS RECLAMACIONES

Esta sección se relaciona con beneficios que no necesariamente se relacionan con enfermedades, accidentes o lesiones. Si nada de lo siguiente se aplica a usted, no dude en omitir la PARTE B y continuar con la PARTE C: Información médica.

1B. Por favor marque todo lo que está solicitando: ☐ Retraso de viaje ☐ Equipaje facturado perdido ☐ Interrupción de viaje ☐ Beneficio de Indemnización por Cuarentena de Emergencia — Covid-19 ☐ Otro _____
2B. Proporcione lo más detallado posible (incluyendo fechas, horas, ubicaciones) del incidente:

PARTE C: INFORMACIÓN MÉDICA

1C. Si se trata de una enfermedad o lesión, proporcione los siguientes detalles:

Comienzo de la enfermedad o fecha y hora de la lesión:	En caso de accidente, ubicación de ese accidente (por favor, sea lo más específico posible):
¿Cómo comenzó la enfermedad o lesión/accidente? Indique completamente todos los síntomas y descríbalos en detalle desde el principio, incluida la primera fecha de inicio.	

2C. ¿Alguna vez ha tenido o ha sido tratado por el mismo tipo de enfermedad o lesión? ☐ Sí ☐ No - En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Fecha de tratamiento (MM/DD/YY):	Nombre del médico tratante:	Teléfono del médico tratante:
Dirección del médico tratante:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
País:		

3C. Si en un accidente, ¿involucró un vehículo motorizado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, incluya una copia del informe policial y complete lo siguiente con respecto al seguro de los vehículos involucrados:

Nombre de la compañía de seguros:	Dirección de la compañía de seguros:	Teléfono de la Compañía de Seguros:
--	---	--

4C. ¿Ha tenido alguna dolencia, enfermedad, padecimiento, condición o lesión, o ha tomado algún medicamento durante los últimos 2 años? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Nombre/Descripción de Condición o medicamento	Fecha (MM/DD/YY)	Nombre del médico	Dirección del médico	Teléfono del médico

si se necesitan líneas adicionales, continúe con las respuestas en la sección titulada "Suplemento B - Enfermedad o lesión"

5C. ¿El incidente estuvo relacionado con su empleo? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Nombre del empleador:	Teléfono del empleador:
Dirección del empleado:	
Ciudad:	Estado:
Código Postal:	País:

PARTE D: AUTORIZACIÓN DE EXPEDIENTE MÉDICO**1D. VERIFICACIÓN**

Verifico que toda la información contenida en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Autorizo a cualquier médico con licencia, practicante de las artes curativas, hospital, clínica, centro relacionado con la salud, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguros, titular de póliza grupal, empleado o administrador del plan de beneficios que tenga información sobre la atención, el asesoramiento, el tratamiento, el diagnóstico, o pronóstico de cualquier condición física o mental, o el estado financiero o laboral del asegurado mencionado a continuación, para proporcionar esta información a WorldTrips. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicite. Una copia de este tendrá la misma validez que el original. Esta autorización es válida por doce meses a partir de la fecha firmada:

Firma del reclamante

Imprimir nombre

Fecha (MM/DD/YY)**2D. AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE BENEFICIOS**

NOTA: "2D. Autorización de asignación de beneficios" solo se aplica a las reclamaciones que un proveedor de servicios envía directamente a WorldTrips y no se aplica a las reclamaciones que ya se han pagado. No firmar a continuación puede resultar en un retraso en el pago al proveedor.

Autorizo el pago de prestaciones médicas al médico u otro proveedor de servicios presentando las facturas adjuntas.

Firma del asegurado

Fecha (MM/DD/YY)

NOTA: Si ya se ha realizado el pago de estas reclamaciones, proporcione todos los recibos de los pagos. Si desea recibir un reembolso a través de ACH o transferencia (en lugar de un cheque), o si desea que WorldTrips le pague a un tercero que no sea usted, complete el formulario correspondiente que se encuentra en el "Suplemento C - Formulario de acuerdo de autorización de pago"

LA LEY DE INDIANA REQUIERE QUE LE NOTIFIQUEMOS LO SIGUIENTE: Una persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.



WorldTrips
PO Box 240358
Apple Valley, MN 55124
800-605-2282 / 1-317-262-2132

SUPLEMENTO A — FUERA DE LOS EE. UU. FORMULARIO DE DESGLOSE DE RECLAMACIONES

Se requiere este formulario para los cargos médicos incurridos fuera de los EE. UU. Si está presentando un reclamo por cargos médicos incurridos dentro de los EE. UU. y estos cargos ya han sido pagados, indíquelos a continuación; de lo contrario, no dude en omitir el Suplemento A.

[illegible]

SUPLEMENTO B: ENFERMEDAD O LESIÓN

Utilice los campos de formulario adicionales a continuación si es necesario para la pregunta 4C.

Nombre/ Descripción de Condición o medicamento	Fecha (MM/DD/YY)	Nombre del médico	Dirección del médico	Teléfono del médico

SUPLEMENTO C — FORMULARIO DE ACUERDO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO

El asegurado por la presente autoriza a WORLDTRIPS a iniciar entradas de crédito a la cuenta que se indica a continuación en la institución financiera de depósito que se indica a continuación. También se reconoce que la originación de transacciones WIRE a la cuenta especificada debe cumplir con las disposiciones de la ley de EE. UU.

1. Nombre del Beneficiario:	2. Teléfono de casa (si corresponde):	3. Dirección de correo electrónico (si corresponde):	
4. Dirección Beneficiaria:			
5. Ciudad:	6. Estado:	7. Código Postal:	8. País:

FIRMA REQUERIDA PARA EL PROCESAMIENTO DEL FORMULARIO DE ACUERDO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO:

Por la presente, autorizo el pago de los beneficios para que se efectúe, ya sea a mi favor con base en la información que he proporcionado en este formulario, o directamente al tercero que he designado en la Sección de Autorización de Pago a Terceros del presente formulario.

Nombre completo en letra de imprenta de la parte que completa el formulario

Firma del Asegurado

Fecha (MM/DD/YY)

Tipo de pago: ☐ Marque (Complete la sección anterior) ☐ Transferencia bancaria/ACH (Complete la sección correspondiente a continuación)

Notas especiales sobre transferencias internacionales:

- a) WorldTrips paga todas las tarifas iniciales de transferencia. Sin embargo, las transferencias bancarias internacionales pueden incurrir en tarifas de conversión de moneda. Además, el uso de un banco intermediario también puede incurrir en cargos adicionales. Estas tarifas adicionales son responsabilidad del beneficiario..
- b) México - los cables deben tener un CLABE # (18 dígitos)
- c) Gran Bretaña: las transferencias en dólares estadounidenses deben tener un número de cuenta bancaria y un código de clasificación (6 dígitos)

Pagos nacionales (bancos de EE. UU.)

Hay dos métodos para los pagos electrónicos de banco a banco: transferencia bancaria y cámara de compensación automatizada (ACH). El número de ruta para identificar su banco diferirá según el método de pago que se utilice.

ACH (Cámara de Compensación Automatizada) — Banco de EE. UU. únicamente

26. Nombre del banco:	27. Ciudad bancaria:	28. Estado del banco:
29. Nombre del titular de la cuenta:	30. Dirección del titular de la cuenta:	31. Ciudad del titular de la cuenta:
32. Estado del titular de la cuenta:	33. Código postal del titular de la cuenta:	34. Número de ruta bancaria (9 dígitos):
35. Número de cuenta:		36. Cuenta de cheques: ☐ Cuenta de ahorros: ☐

SUPLEMENTO C: FORMAS DE PAGO (CONTINUACIÓN)

Cuentas bancarias internacionales (bancos fuera de los Estados Unidos)

Todos los pagos por transferencia o ACH (Cámara de Compensación Automatizada) se envían en USD. Para garantizar la entrega oportuna del pago, se recomienda que el miembro se comuniquen con su banco para confirmar las instrucciones de transferencia o ACH y que su banco pueda aceptar el pago en USD. El envío de transferencias internacionales sin la información requerida puede causar que la transferencia se retrase o se devuelva.

9. Nombre del banco:	10. Ciudad bancaria:	11. País del banco:
12. Código Swift:	13. Nombre de la cuenta (no el nombre del beneficiario):	14. Dirección del titular de la cuenta:
15. Ciudad del titular de la cuenta:	16. Cuentahabiente Providencia:	17. País del titular de la cuenta:
18. Número de cuenta bancaria:		19. Número IBAN (si corresponde)

Banco intermediario (si corresponde) (Banco de EE. UU. que convierte el pago en USD a moneda extranjera. Solo es necesario si el banco receptor no puede aceptar y convertir el pago en USD a moneda extranjera)

Importante: Si el banco receptor reside fuera de los Estados Unidos, pregunte a su banco extranjero si requieren el uso de un banco intermediario (corresponsal) para recibir una transferencia bancaria de un banco estadounidense. Si esto es cierto, obtenga la siguiente información requerida con respecto al banco intermediario de su banco.

20. Nombre del banco:	21. Ciudad bancaria:	22. Estado del banco:
23. ABA / Número de ruta (9 dígitos):	24. Número de cuenta (si corresponde):	
25. Cualquier instrucción especial para reenviar el pago:		

FORMULARIO DE PAGO DE TERCEROS

Complete esta sección si el pago se debe realizar a un tercero que no sea el asegurado. Proporcione el nombre y los detalles a quién se debe pagar cualquier beneficio y firme para indicar la autorización para que le reembolsemos a esta persona.

1. Nombre:			
2. Dirección:			
3. Ciudad:	4. Estado:	5. Código Postal:	6. País:

SUPLEMENTO D — FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Debe completar las secciones a continuación si desea autorizar a WorldTrips a divulgar su información de salud protegida a otra parte.

*El Suplemento D autoriza a WorldTrips a usar y/o divulgar su información de salud protegida ("PHI") a las personas que usted especifique. A los efectos de este formulario, la PHI se considerará información de salud protegida, que es información de salud identificable individualmente recibida o mantenida por WorldTrips. **Sin completar y firmar el Suplemento D, la ley federal prohíbe que WorldTrips divulgue su PHI a su cónyuge, padres, hijos adultos u otros miembros de la familia, amigos personales cercanos u otros representantes personales, a menos que usted esté presente en el momento de la divulgación.***

No se le retendrán beneficios si se niega a firmar el Suplemento D.

SECCIÓN A: Uso y/o divulgación autorizados por el asegurado

Nombre del asegurado: _____

Número de póliza/certificado: _____

SECCIÓN B: El uso y/o divulgación autorizados

La información que se usará y/o divulgará es (seleccione todas las que correspondan):

- | | |
|---|---|
| ☐ Reclamaciones y datos de pago | ☐ Elegibilidad e inscripción |
| ☐ Facturas, solicitudes de pago | ☐ Pagos o cobertura bajo la póliza/certificado |
| ☐ Otro (por favor especifique) _____ | |

Finalidad de este uso y/o divulgación:

- ☐ A mi pedido
- ☐ Otro (por favor especifique) _____

Personas a las que se les puede revelar 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 (completar uno):

- ☐ En ____/____/____ (MM/DD/YY)
- ☐ Al ocurrir el siguiente evento (que debe relacionarse con la persona o con el propósito del uso y/o divulgación que se autoriza): _____

SUPLEMENTO D: FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (CONTINUACIÓN)

SECCIÓN D: Información importante sobre sus derechos

He leído y entendido las siguientes declaraciones sobre mis derechos:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a WorldTrips por escrito, pero la revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción que WorldTrips tomó antes de recibir la revocación.
- Puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si la solicito.
- No estoy obligado a firmar este formulario para recibir los beneficios de atención médica a los que tengo derecho.
- La información que se usa o divulga de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la entidad receptora y yo entiendo que la información ya no puede estar protegida por la Ley de Responsabilidad de Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (también conocido como HIPAA).

Firma del Asegurado

Yo, habiendo tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, por la presente autorizo a WorldTrips a usar y/o divulgar mi información de salud protegida como se indicó anteriormente.

Firma

Fecha (MM/DD/YY)

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del asegurado/titular del certificado, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el asegurado/titular del certificado para quien se aplica esta autorización: _____

Nota: Si se le solicita, debe proporcionar una prueba válida y actual de su relación jurídica como representante personal.

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA.

Se puede usar una copia de este formulario como si fuera un original.

WorldTrips

WorldTrips es una empresa de servicios y miembro del grupo de empresas Tokio Marine HCC.