

**MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM**  
**Group Hospital - Surgical - Medical**  
**International Risk Management Group**  
 4414 Route 202  
 Doylestown, PA 18902  
 (215)794-1488

**INSTRUCCIONES:**

1. Rellene la Declaración del Miembro aquí abajo
2. Mande este documento y sus anexos a:  
 International Risk Management Group  
 4414 Route 202  
 Doylestown, PA 18902

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)		PARTE A	DEBE SER RELLENADO POR EL MIEMBRO ASEGURADO
1. Nombre del Asegurado		Número de Certificado	Dirección de correo electrónico/Email
Dirección completa de calle	Estado	Código Postal	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

Reclamación hecho de parte de:  Mismo  Cónyuge  Hijo/a soltero/a  Femenino  Masculino  Casado  Soltero  
 (escoja uno de cada grupo)  Estudiante soltero asistiendo (Nombre de la escuela) \_\_\_\_\_

¿Es su cónyuge o su hijo cubierto por su lugar de trabajo?  Sí  No Nombre del empleador \_\_\_\_\_

4. Nombre del dependiente de la reclamación	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	-----------------------------------	---

5. Enfermedad/ Condición médica

Fecha de cita médica por esta condición	Nombre del Médico y Dirección <b>Completa</b>
---	---

Tuvo que internarse en el hospital? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Nombre del Hospital
--	---------------------

¿Ha consultado un médico por esta condición o una similar en el pasado?  Sí  No Fecha(s): \_\_\_\_\_

Nombre del Médico y su Dirección

6. Nombre del Médico de la Familia y Dirección **Completa**

7. Si su reclamación es basada en un accidente:

¿El accidente fue debido al trabajo del solicitante?  Sí  No

Fecha del accidente	Hora	¿Dónde ocurrió el accidente?
---------------------	------	------------------------------

¿Cómo ocurrió el accidente?

8. Es el solicitante afiliado a otros programas o seguros de:	Yes	No
a. ¿Seguros de Grupo o otros arreglos de cobertura para individuos dentro un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Blue Cross, Blue Shield o cualquier otro arreglo de prepago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cualquiera cobertura para estudiantes patrocinado o proveído por una escuela o instituto educacional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cualquier programa del gobierno federal, estatal, u otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de las preguntas previas rellene lo siguiente:	Número de Póliza
Asegurado Nombre & Dirección de la compañía de seguros o organización	
Usted	
Cónyuge	
Hijo	

**AUTORIZACIÓN DE PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO:** Por mi firma debajo, doy autorización a mandar los beneficios médicos y quirúrgicos que sean de otra manera correspondientes a mí que vayan directamente al Médico que ha firmado debajo, pero de no exceder a cargos razonables y usuales por los servicios si ciertas aseguradoras concuerdan de lo mismo.

Firma del Asegurado



## INTERNATIONAL RISK MANAGEMENT GROUP

4414 Route 202 • Doylestown, PA 18902  
215.794.1488 • FAX 215.794.1498 • 1.888.622.IRMG  
www.IRMGroup.com

### AUTORIZACION & RECONOCIMIENTO

**YO AUTORIZO** a cualquier médico, profesional de salud, hospital, clínica, centro de salud, otro centro médico, compañía de seguros o de re-seguridad, la Agencia de Información Médica (Medical Information Bureau), agencia de reportaje, o empleador en posesión de información de diagnóstico, tratamientos, y pronóstico con respecto a cualquiera condición física o mental o de tratamiento de mí o de mis hijos menores de dar cualquiera y toda información al International Risk Management Group.

**COMPRENDO** que el propósito de esta autorización es para permitir al International Risk Management Group de determinar la elegibilidad de beneficios de seguro de vida o de salud bajo una póliza de vida o de salud. Cualquiera información obtenida no será jamás distribuida por el International Risk Management Group a cualquiera persona u organización menos que sea a las compañías de re-aseguración, la Agencia de Información Médica (Medical Information Bureau, Inc.), o a otras personas u organizaciones cumpliendo servicios legales o de negocios en conexión con mi póliza, mi reclamación, o con cualquier asunto legalmente requerido o con cualquiera autorización nueva mía.

**SE** que puedo pedir una copia de esta Autorización.

**ESTOY DE ACUERDO** que una copia fotostática de esta Autorización será igual de validez como la original.

**ESTOY DE ACUERDO** que esta Autorización será válida por dos años y medio desde la fecha indicada aquí abajo.

Firma: \_\_\_\_\_

Firmado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_