



P.O. Box 6927
Columbia, SC 29260
Telephone: 803-462-0151 / 1-800-768-4375
Fax: 803-462-6842

CLAIM FORM FOR GROUP MEDICAL BENEFITS / SHORT TERM DISABILITY

FOR OFFICE USE ONLY

NEW CLAIM CONTINUING CLAIM

Claimant should complete the entire form and sign. Be sure all questions are answered. If the question does not apply to your claim, mark "NA."

For all expenses claimed, you must attach itemized statements to include date, type, place of service, charge, and signature of the provider or representative.

Empty rectangular box for office use only.

EMPLOYEE NAME EMPLOYER GROUP # (see your ID card)

ADDRESS SOC.SEC.#

MALE FEMALE MARRIED SINGLE DIVORCED DATE OF BIRTH

ACTIVE RETIRED LAST DATE WORKED CLAIM ON SELF DEPENDENT (please check one)

PATIENT NAME RELATIONSHIP DATE OF BIRTH

IF FULL-TIME STUDENT, LIST NAME OF SCHOOL ANNUAL SALARY

HAS THIS CONDITION BEEN TREATED IN THE PAST? YES NO DATE FIRST SEEN

DATE LAST SEEN DOCTOR'S NAME & ADDRESS

CONDITION ILLNESS INJURY (please check one)

IF INJURY, DESCRIBE HOW ACCIDENT OCCURRED:

AT WORK HOME AUTO OTHER DATE

IF AUTO ACCIDENT, ATTACH TRAFFIC REPORT AND LIST BELOW THE NAME OF THE PARTY RESPONSIBLE FOR THE ACCIDENT AND THE AUTO INSURANCE CARRIER'S NAME AND ADDRESS

IF THIS IS A SHORT TERM DISABILITY CLAIM, HAVE YOUR EMPLOYER COMPLETE AND SIGN THIS STATEMENT.

LAST DATE WORKED FULL-TIME DATE RETURN TO WORK FULL-TIME

SIGNED POSITION/DATE

HAVE YOUR PHYSICIAN SIGN THIS STATEMENT:

I CERTIFY THE ABOVE CLAIMANT WAS TOTALLY DISABLED FROM TO AND WAS ABLE TO RETURN TO WORK FULL-TIME ON CONDITIONS/DIAGNOSIS

SIGNED DATE

ARE YOU OR YOUR DEPENDENTS ELIGIBLE FOR OTHER BENEFITS UNDER GROUP INSURANCE, MEDICARE, OR ANY OTHER PLAN OF COVERAGE? YES NO IF YES, LIST POLICY INFORMATION BELOW.

NAME AND ADDRESS OF INSURANCE COMPANY

POLICY NUMBER

I HEREBY CERTIFY THAT THE FOREGOING STATEMENTS, INCLUDING ANY ACCOMPANYING STATEMENTS, ARE TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I HEREBY AUTHORIZE ANY PHYSICIAN, HOSPITAL, OR ORGANIZATION TO RELEASE ANY INFORMATION TO PLANNED ADMINISTRATORS, INC. A COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE VALID AS THE ORIGINAL.

SIGNED DATE



P.O. Box 6927  
 Columbia, SC 29260  
 Telephone: 803-462-0151 / 1-800-768-4375  
 Fax: 803-462-6842

**FORMA DE DEMANDA PARA BENEFICIOS DE GRUPO MEDICO/INVALIDEZ PARA UN PERIODO CORTO**

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

DEMANDA NUEVA \_\_\_\_\_ DEMANDA DE CONTINUACION \_\_\_\_\_

El demandante tiene que completar y firmar la forma. Aseguerese de contestar todas las preguntas. Si la pregunta no se aplica a su demanda marca "N/A."

Para las demandas de desembolso. Usted tiene que adjuntar los gastos incluyendo la fecha, el tipo, el lugar de servicio, la cuenta y la firma del proveedor o el representante.

NOMBRE DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_ PATRON \_\_\_\_\_ # DEL GRUPO \_\_\_\_\_ (mire su tarjeta)

DIRECCION \_\_\_\_\_ # DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

HOMBRE \_\_\_\_\_ MUJER \_\_\_\_\_ CASADO(A) \_\_\_\_\_ SOLTERO(A) \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ACTIVO \_\_\_\_\_ JUBILADO(A) \_\_\_\_\_ ULTIMO DIA QUE TRABAJO \_\_\_\_\_ DEMANDA SUYA \_\_\_\_\_ DEPENDIENTE \_\_\_\_\_  
(marque uno)

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SI ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO, LISTE EL NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_ SALARIO ANUAL \_\_\_\_\_

HA SIDO TRATADO POR ESTA CONDICION EN EL PASADO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ PRIMERA VEZ QUE SE ATENDIO \_\_\_\_\_

ULTIMA VEZ QUE SE ATENDIO \_\_\_\_\_ NOMBRE Y DIRECCION DEL DOCTOR \_\_\_\_\_

CONDICION \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD \_\_\_\_\_ LESION/GOIPE \_\_\_\_\_ (marque uno)

SI ES UN ACCIDENTE, DESCRIBA COMO SUCEDIO \_\_\_\_\_

EN EL TRABAJO \_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_ AUTOMOBILE \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

SI ES UN ACCIDENTE DE AUTOMOBILE, ADJUNTE EL REPORTE DE TRAFICO Y LISTE ABAJO EL NOMBRE DE LA PARTE RESPONSIBLE POR EL ACCIDENTE CON EL NOMBRE Y LA DIRECCION DEL SEGURO DEL CARRO \_\_\_\_\_

SI ESTO ES UNA DEMANDA DE INVALIDEZ POR UN PERIODO CORTO, HAGA QUE SU PATRON COMPLETE Y FIRME LA AFIRMACION.

ULTIMO DIA QUE TRABAJO COMPLETO \_\_\_\_\_ DIA QUE REGRESO A TIEMPO COMPLETO \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA/POSICION \_\_\_\_\_

HAGA QUE SU DOCTOR FIRME ESTA AFIRMACION:

YO CERTIFICO QUE EL DEMANDANTE ARRIBA MENCIONADO(A) ESTA TOTALMENTE MINUSVALIDO DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_ Y LOGRO REGRESAR AL TRABAJO A TIEMPO COMPLETO EL \_\_\_\_\_. CONDICIONES/DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

USTED O SU DEPENDIENTE(S) ESTAN ELEGIBLES PARA BENEFICIOS CON ALGUN GRUPO DE SEGURO, MEDICARE, O CON ALGUN OTRO PLAN DE COBERTURA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_. SI ES SI, LISTE LA INFORMACION DE LA POLIZA ABAJO.

**NOMBRE Y DIRECCION DE LA COMPANIA DE SEGURO**

**NUMERO DE POLIZA**

YO CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE LA PRECEDENTE AFIRMACION, INCLUYENDO AFIRMACIONES ACOMPAÑADAS, ES LA VERDAD COMPLETA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. YO POR LA PRESENTE AUTORIZO A CUALQUIER DOCTOR, HOSPITAL, O ORGANIZACION LA LIBERTAD DE DAR INFORMACION A PLANNED ADMINISTRATORS, INC. LA COPIA DE LA AUTORIZACION SERA VALIDA COMO LA ORIGINAL.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_