

DETAILED INSTRUCTIONS ARE ATTACHED / INSTRUCCIONES EN DETALLE ADJUNTADAS

- Part I** ♦ To be completed in detail and signed by the Authorized Policyholder Representative./ Para ser completado en detalle por el Representante Autorizado de el Dueño de La Poliza.
- Part II** ♦ To be completed and signed by the injured person (if a MINOR under 18 years of age, this must be signed by a parent or legal guardian.) / Para ser completado y firmado por la persona herida (si es MENOR bajo de 18 años de edad, esto tiene que ser firmado por el padre o guardian legal.)
- Part III** ♦ If filing for Disability Benefits, please have completed by the Authorized Policyholder Representative, injured person and attending physician . / Si esta presentando para Beneficios de Desabilidad, por favor que sea esta forma completada por el Representante Autorizado de el Dueño de La Poliza, persona herida y el medico atendiente.

PLEASE RETURN THIS COMPLETED FORM AND RELATED BILLS / POR FAVOR REGRESE ESTA FORMA COMPLETADA Y LOS CARGOS RELACIONADOS

Part I	THIS SECTION TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED POLICYHOLDER REPRESENTATIVE / ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE EL DUEÑO DE LA POLIZA		
Policyholder / Dueño de Poliza		Policy No. / Numero de Poliza	Date of Injury / Fecha de Herida
Name of Injured Person / Nombre de Persona Herida		Occupation / Ocupacion	Date Employed Full-Time / Fecha que fue Empleado por 40 Horas
			Social Security # / Numero Social
Description of Injury (What, how, where, when and what part of body injured, i.e., broken leg, etc.) / Descripcion de herida (Que, como, donde, cuando y que parte de el cuerop fie herido, por ejemplo: pierna rota, etc.)			
Describe Activity engaged in at time of injury (attach a police report if one was issued) / Describa la Actividad que se entretenaba al tiempo de la herida (adjunte reporte de Policia si fue uno despachado)			
Authorized Policyholder Representative (please print) / Representante Autorizado de el Dueño de Poliza		Signature / Firma	Telephone # / Numero de Telefono
			Date / Fecha

Part II	THIS SECTION TO BE COMPLETED BY INJURED PERSON (PARENT OR GUARDIAN, IF MINOR) / ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR LA PERSONA HERIDA (PADRE O GUARDIAN, SI ES MENOR)		
Address of Injured Person / Direccion de Persona Herida		Date of Birth / Fecha de Nacimiento	
Name and Address of Parent/Guardian (Street, State, and Zip Code) / Nombre y Direccion de Padre/Guardian (Calle, Estado y Apartado Postal)		Telephone # / Numero de Telefono	
Have you previously had any treatment for this particular injury or any treatment to this area of your body? A tenido tratamiento antes para esta herida particular o cualquier tratamiento a esta area de su cuerpo? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No			
If "Yes", please describe the circumstances including how, when and where: / Si la respuesta es "Si", por favor describa las circunstancias incluyendo como, cuando y donde:			
Are you entitled to benefits under any other insurance policy covering this injury? / Tiene derechos a beneficios bajo cualquier otra poliza sobre esta herida? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No			
If "Yes", please attach copies of statements of benefits paid or denied and complete the following: / Si la respuesta es "Si", por favor adjunte copias de declaraciones de beneficios pagados o negados y complete lo que sigue:			
Name of Insurance Company / Nombre de Compania de Seguros		Plan #	
Name of person carrying other insurance coverage / Nombre de persona que tiene otras coberturas de seguro	Name of Employer providing other insurance coverage / Nombre de Empleador proporcionando otra cobertura de seguro	Address / Direccion	

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION / AUTORIZACION PARA USAR O REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

I hereby authorize any physician, hospital, pharmacy, insurance company, Workers' Compensation carrier, Social Security office, Veterans Administration, retirement system, or other organization to release any information regarding the medical or mental health history, treatment, disability or benefits payable for this claim to Special Insurance Services, Inc. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original. This authorization shall be considered valid for the duration of the claim, but not to exceed one year from the date signed. I understand that this authorization may be revoked at any time by providing written notice to Special Insurance Services, *except to the extent SIS has taken action in reliance of this authorization, or to the extent that law allows SIS to contest claims or coverage. Written notice must refer to SIS and the authorization by indicating the date it was signed, and should be mailed to: Special Insurance Services, P.O. Box 250349, Plano, Texas 75025-0349.* By signing the below I certify the above information as true and CORRECT to the best of my knowledge.

Special Insurance Services, Inc. may use this information to determine what, if any, benefit can be provided for any coverage for which I may be eligible.

By State Law, you must be advised that: THE INFORMATION YOU AUTHORIZE FOR RELEASE MAY INCLUDE INFORMATION WHICH MAY BE CONSIDERED A COMMUNICABLE OR VENEREAL DISEASE WHICH MAY INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO DISEASES SUCH AS HEPATITIS,

SYPHILIS, GONORRHEA, THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS ALSO KNOWN AS ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY ("AIDS").

The information you authorize for release may include your history of treatment for physical and/or emotional illness to include psychological testing and treatment records of alcohol and drug abuse.

Special Insurance Services, Inc. may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility on your completion of this authorization, except for the purposes of making eligibility, underwriting or risk determinations.

Special Insurance Services, Inc. and its reinsurers agree to maintain the confidentiality of all the Insured's nonpublic financial or medical information given to us by any authorized entities listed above; **however, federal law (HIPAA) requires you to be advised information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and is no longer protected by HIPAA rules.**

Yo autorizo cualquier medico, hospital, farmacia, compania de seguros, cargador de Workers' Compensation, Oficina de Seguro Social, Administracion de Veteranos, sistema de retiro, o otra organizacion a revelar cualquier informacion de la historia medical o mental, tratamiento, incapacidad o beneficios pagables por este reclamo a Special Insurance Services, Inc. Una copia de esta autorizacion sera tan valida como la original. Esta autorizacion sera considerada valida por la duracion de el reclamo, pero no mas de un año de la fecha firmada. Yo entiendo que esta autorizacion puede ser revocada a cualquier tiempo dando noticia escrita a Special Insurance Services, **excepto cuando SIS han tomado accion en relacion de esta autorizacion, o hasta el extento que la ley permita SIS a contestar reclamos o coberturas. Noticia escrita debe referir a SIS y la autorizacion indicando la fecha que fue firmada, y debe ser enviada por correo a: Special Insurance Services, P.O. Box 250349, Plano, Texas 75025-0349.** You certifico por mi firma que la informacion arriba es la verdad y CORRECTA asta lo mejor de mi conocimiento.

Special Insurance Services, Inc. puede usar esta informacion para determinar cual, si algun, beneficio puede ser suministrado para cualquier cobertura por lo que puedo ser eligible.

Por la Ley de Estado, debe ser avisado que: LA INFORMACION QUE USTED AUTORIZO PARA REVELACION PUEDE INCLUIR INFORMACION QUE PUEDE SER CONSIDERADA UNA ENFERMEDAD COMUNICABLE O VENERIAL QUE PUEDE INCLUIR, PERO NO LIMITADA A ENFERMEDADES COMO HEPATITIS, SIFILIS, GONORREA, LA VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA TAMBIEN CONOCIDA COMO SIMDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRADA ("SIDA.")

La informacion que usted autoriza para revelacion puede incluir su historia de tratamiento por enfermedad fisica y/o emocional a incluir pruebas psicologicas y registros de tratamiento por el abuso de alcohol y droga.

Special Insurance Services, Inc. no puede poner condiciones en el tratamiento, los pagos, enrollos o eligibilidad cuando completa usted esta autorizacion, menos para los propositos de hacer determinaciones de eligibilidad, riesgo o seguro.

Special Insurance Services, Inc. estan de acuerdo de mantener la confidencialidad de toda la informacion no-publica financiera o medical entregado a nosotros por cualesquier personas autorizadas nombradas arriba; **sin embargo, ley federal (HIPAA) requiere que usted sea avisado que informacion usada o revelada por esta autorizacion puede ser revelada otra vez y no es protegida por las reglas de HIPAA.**

Signature (Injured Person or Parent/Guardian, if under 18) _____ Date / Fecha _____
 Firma (Persona Herida o Padre/Guardian, si bajo de 18) _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS / ASIGNACION DE BENEFICIOS

I also authorize Special Insurance Services, Inc. to pay all bills in connection with the accident directly to the doctor, hospital, or other provider rendering service. / Yo tambien autorizo a Special Insurance Services, Inc. a pagar todos los gastos en coneccion con el accidente directamente al doctor, hospital o otro servicio.

SIGNED / FIRMADA _____ **Date / Fecha** _____

My Employer is reimbursing my eligible expense. I hereby authorize payment directly to my Employer (copies of payment drafts must accompany claim.) / Mi Empleador me esta reembolsando los expensos eligibles. Yo autorizo que los pagos se entreguen directamente a mi Empleado (copias de los cheques tienen que acompañar el reclamo.)

EMPLOYEE'S SIGNATURE _____ **Date / Fecha** _____
/ FIRMA DE EMPLEADO _____

Part III EMPLOYER'S STATEMENT / DECLARACION DE EMPLEADOR

Current Weekly Salary (excluding overtime): / Salario Corriente Semanal (no incluyendo tiempo extraordinario)		Average number of hours worked per week: / Horas que trabaja por semana	
Last day worked – was employee paid in full for this day? / Ultimo dia que trabajo – fue pagado en todo el empleado por este dia? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No		Have benefits been paid by Employer? / Han sido los beneficios pagados por el Empleador? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No	
Has employee returned to full-time work? / A regresado el empleado a tiempo complete? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No		If "Yes", please submit draft copies. / Si la respuesta es "Si", por favor entregue copias de los cheques.	
If "Yes", date of return: / Si la respuesta es "Si", dia que regreso			

What was employee's status at work when these expenses were incurred? / Que era el estatus de el empleado en el trabajo cuando estos gastos fueron contraidos?		
<input type="checkbox"/> Full-time / Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Part-time / Tiempo Incompleto	<input type="checkbox"/> Disabled / Incapacitado
<input type="checkbox"/> Laid Off / Suspendido	<input type="checkbox"/> Leave of Absence / En Ausencia	<input type="checkbox"/> Terminated / Terminado
<input type="checkbox"/> Retired / Retirado	<input type="checkbox"/> Other (explain) / Otro (explique):	
<i>In addition to the above information, please attach a complete 12 month salary/wage history, showing hours worked each week, gross pay for each week and hourly wage rate (three year history for commissioned employees). / Además de la informacion de arriba, adjunte una historia completa del salario por 12 meses.</i>		
Signature of Authorized Policyholder Representative / Firma de Representante Autorizado de el Dueño de La Poliza		Date / Fecha

INSURED'S STATEMENT / DECLARACION DE EL SEGUADO

Name and address of all physicians attending you for this condition: / Nombre y direccion de todos los medicos asistiendolo con su condicion:

Date first treated by physician for this disability? / Fecha que fue tratado por medico por esta incapacidad?	Did disability arise out of employment? Fue la incapacidad la resulta de trabajo? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No
---	--

Date of your return to work / Fecha que regreso a trabajo: <input type="checkbox"/> FULL-TIME / Tiempo Completo <input type="checkbox"/> PART-TIME / Tiempo Incompleto	Hospital confined? Fue confinado a hospital? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No If "Yes", give name and address of Hospital and give dates confined / Si la respuesta es "Si", escriba el nombre y direccion de el hospital y las fechas cuando usted fue confinado:
--	---

Are you entitled to benefits from any of the following for this disability? / Puede recibir beneficios de los siguientes por esta incapacidad?

Workers' Compensation Salary Continuance / Continuacion de Salario Social Security / Seguro Social

Any Government Agency / Cualquier Agencia de Gobierno

Local, State or National Association or Social Disability Income Plan / Plan de Ingresos Social de Asociacion Local, de Estado o Nacional

Other (explain) / Otro (explique):

I certify that the information given by me in support of this claim is true and CORRECT. / Yo certifico que la informacion de arriba por mi es la verdad y CORRECTA. <u><i>It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.</i></u> <u><i>Es crimen dar informacion falsa a un asegurador por el proposito de defraudar a el asegurador o otra persona. Penas incluyen encarcelacion y/o multas. Además, cualquier asegurador puede negar beneficios de seguros si informacion falsa relacionada materialmente a un reclamo fue entregada por el aplicante.</i></u>	Insured's Signature / Firma de Asegurado	Date / Fecha
--	--	--------------

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT / DECLARACION DE MEDICO ATENDIENTE

Diagnosis and Concurrent Conditions (if diagnosis code other than IDCA, give name) / Diagnostico y Condiciones Concurrentes (si codigo diagnostico es otro mas que IDCA, de nombre)

Report of services: *Please attach a HCFA 1500 that completely details dates of services, place of services, procedure codes and charges. / Reporte de servicios: Por favor adjunte una HCFA 1500 que da en detalle las fechas de servicios, lugar de servicios, codigos de procedimiento y gastos.*

Is condition due to an injury arising out of patient's employment? / Es la condicion resultada de herida de trabajo? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No	Date accident happened / Fecha de accidente	Date patient first consulted you for this condition / Fecha cuando el paciente se entrego a usted por esta condicion
--	---	--

Has patient ever had same or similar condition? / A tenido la condicion misma o similar el paciente? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No If "Yes", please specify when and describe / Si la respuesta es "Si", por favor especifique cuando y describa:	Is patient still under your care for this condition? / Todavia esta atendiendo el paciente por esta condicion? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No
--	---

Is patient continuously and totally disabled (unable to work)? / Esta el paciente incapacitado continuamente y totalmente (no puede trabajar)? <input type="checkbox"/> Yes / Si <input type="checkbox"/> No	If "Yes", unable to work from _____ to / a _____ / Si la respuesta es "Si", no puede trabajar desde:
--	--

Patient was partially disabled from: / Paciente fue incapacitado parcialmente de: _____ to / a _____	If still disabled, patient should be able to return to work: / Si todavia incapacitado, paciente va poder regresar a trabajo:
--	---

Patient was house confined from: / _____ to / a _____ Paciente fue confinado a casa de:		
Physician's Signature / Firma de Medico	Telephone # / Numero de Telefono	Date / Fecha
Physician's Name and Address / Nombre y Direccion de Medico	Individual Practitioners – Social Security #: _____ Practicionantes Individuales - Numero Social:	
	All Others – Federal Tax ID #: / Todos _____ los Otros - Numero Federal de Impuestos:	
	MUST BE FURNISHED UNDER AUTHORITY OF LAW / DEBE SER ENTREGADO BAJO LA AUTORIDAD DE LEY	
SUPPLEMENTAL ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENTS REQUIRED FOR CONTINUING PERIODS OF DISABILITY / DECLARACIONES SUPLEMENTALES DE MEDICOS ATENDIENTES NECESARIO PARA CONTINUAR PERIODOS DE INCAPACIDAD.		

HOW TO FILE YOUR CLAIM / COMO ENTREGAR SU RECLAMO

These instructions are being provided to you in order to help expedite your claim for medical and/or disability benefits. We would like your claim experience to go as smoothly as possible. Please help us to help you by following these instructions before submitting your claim. If you need help, please don't hesitate to call us. / Estas instrucciones son para ayudar con su reclamo por beneficios medicales y/o de incapacidad. Queremos que su experiencia sea la mas facil posible. Por favor ayudenos ayudarle a usted y siga estas instrucciones antes de entregar su reclamo.

MEDICAL

Fill in all spaces on the claim form. *Parts I and II are necessary for all medical claim. / Llene todos los espacios en la forma de reclamos.*

Part I:

- a) Be sure to include a *complete* description of your accident. Tell us exactly how the accident occurred. Example: / Este seguro de incluir una descripción completa de su accidente. Díganos exactamente como ocurrió el accidente. Por Ejemplo:
- Acceptable: / “While moving boxes of vegetables, the contents shifted causing me to lose my balance. I fell on my right hand and broke my wrist.” / Cuando estaba moviendo cajas de verduras, los contenidos se movieron y perdi la balanza. Me cai en mi mano derecha y rompi mi muñeca.”
- Unacceptable: / “Moving boxes, broke my wrist.” / Moviendo cajas, rompi mi muñeca.”
- No Acceptable:
- b) Make sure you fill in the *correct* Date of Injury. / Este seguro de llenar la Fecha de Herida *correcta*.
- i) First medical charges *must be incurred within 30 days* of the Date of Injury. / Los primeros gastos medicales deben ser contraídos entre 30 días de la Fecha de Herida.
- ii) Attach a copy of your time card or log sheet covering the Date of Injury, if available. / Adjunte una copia de su carta de tiempo o pagina de apunto de la Fecha de Herida, si disponible.
- c) *Part I must be signed by an Authorized Policyholder Representative.* This is usually someone who works in the benefits or personnel department of your Employer. Please check with your Employer. We have names on record, so you can contact us for this information, if necessary. / *Primer Parte (Part I) debe ser firmada por un Representante Autorizado de el Dueño de Poliza.* Esta persona es, generalmente, alguien que trabaja en el departamento de beneficios o departamento de personas de su Empleador. Por favor verifique con su Empleador. Tenemos nombres en el registro para que usted nos pueda contactar para esta informacion si es necesario.

Part II:

- a) If you have ever had treatment for the same type of injury or to the same area of your body before, attach a list of all doctors who treated you in the past. Include their addresses and approximate dates of treatment. / Si a tenido tratamiento por la misma clase de herida o a la misma parte de su cuerpo antes, adjunte una lista de todos los doctores que le ayudaron en el pasado. Incluya sus direcciones y fechas de tratamiento.
- b) *If your coverage with us is secondary* and you have another insurance plan, you should file your claim with your other insurance company first. After they have processed your claim, send us a claim form, copies of all of your itemized bills, and copies of the other insurance company's payment explanations. We will then process our portion. / Si su cobertura con nosotros es secundaria y si tiene otro plan de seguro, debe entregar su reclamo con la otra compania de seguro primero. Despues que ellos han procesados su reclamo, mandenos una forma de reclamo, copias de sus gastos en detalle, y copias de las explicaciones de pagos de su otra compania de seguro.
- c) Sign the Authorization to Use or Disclose Protected Health Information section so we may obtain any necessary additional information without delay. / Firme la seccion de Autorizacion a Usar o Revelar Informacion de Salud Protegida para que podamos obtener cualquier informacion necesaria sin retardo.
- d) Sign the applicable payment authorizations: / Firme las autorizaciones de pagos que se aplican:
 - i) one gives us authorization to pay benefits directly to the places that treated you; / una nos da autorizacion a pagar beneficios directamente a los lugares que lo trataron.;
 - ii) one gives us authorization to reimburse your Employer for any payments they may have already made to the places that treated you, or if you are disabled, payments they may have made to you for lost time. *Copies of your Employer's checks must be attached in order for us to reimburse them.* / una nos da autorizacion a reembolsar a su Empleador por cualesquieres pagos que ellos han hecho a los lugares que lo trataron, o si esta incapacitado, pagos que han pagado a usted por tiempo perdido. *Copias de los cheques de su Empleador deben ser adjuntados para reembolsar.*

DISABILITY / INCAPACIDAD

In addition to Parts I and II, *Part III is also necessary for all disability claims.* Follow the above instructions for Parts I and II, in addition to the following: / *Ademas de Partes I y II, Parte III es necesaria para reclamos de incapacidad.* Siga las instrucciones por Partes I y II, y tambien lo que sigue:

Part III:

- a) You must be declared totally and continuously disabled by a doctor *within 30 days of your accident.* / Debe ser declarado totalmente y continualmente incapacitado por doctor entre 30 dias de su accidente.
- b) The Employer's Statement should be filled out by the Authorized Policyholder Representative. There should be no blank spaces. / La Declaracion de Empleador debe ser llenada por un Representante Autorizado de el Dueño de Poliza. No deben de quedar espacios en blanco.
 - i) Weekly salary *must include regular salary only.* No overtime, commissions, or bonuses are to be included. / Salario semanal debe incluir salario regular solamente. / No debe de incluir tiempo extraordinario, comisiones, or primas.
 - ii) *Part III must be signed by the Authorized Policyholder Representative who signed Part I.* / *Parte III tiene que ser firmada por el Representante Autorizado de el Dueño de Poliza*
- c) You *must* complete and sign the Insured's Statement. / Tiene que completar y firmar la Declaracion de Asegurado.

- d) Your doctor *must* complete and sign the Attending Physician's Statement. / Su doctor tiene que completar y firmar la Declaracion de Medico Atendiente.
 - i) If your doctor has a similar form of his own that he would rather provide, that is fine as long as it contains similar information; / Si su doctor tiene forma similar que preferia entregar, esta bien solamente si contiene informacion similar.
 - ii) Be sure your doctor has filled in all the blanks properly, especially the dates of disability. / Asegurese que su doctor a llenado la forma correctamente y totalmente.
- e) When we receive first notice of your disability claim we will send you and your doctor information and forms explaining how to apply for additional disability benefits, in case you are disabled longer than the period noted on your initial claim form. / Cuando recibimos primer noticia de su reclamo de incapacidad, le mandaremos a usted y a su doctor informacioin y formas que explican como solicitar para beneficios de incapacidad adicionales, si a caso usted esta incapacitado por mas tiempo que notado en su forma de reclamo inicial.

GENERAL INSTRUCTIONS / INSTRUCCIONES GENERALES

- a) Only one claim form is necessary per injury (except on-going disability claims.) / Solo una forma de reclamo es necesaria por herida (excepto en reclamos de incapacidad progresivo.
- b) *On-going disability claims will require medical updates and supplemental forms./ Reclamos de incapacidad progresivos requeriren informacion medical nueva y formas suplementales.*
- c) When you think you have everything in order, read through your claim form one more time. Make sure everything is filled in properly before sending it to us. / Cuando cree que tiene todo en orden, lea su forma otra vez. Asegurese que todo esta llenado bien antes de enviarlo a nosotros.
- d) *Keep* a copy of everything for your records. / *Quedese* con copias de todo por sus archivos.
- e) Mail your claim to Special Insurance Services: / Envie su reclamo a Special Insurance Services:

Special Insurance Services, Inc.
P.O. Box 250349
Plano, Texas 75025-0349
- f) If assistance is needed, you can reach us at (972) 788-0699 or (800) 767-6811 between the hours of 8:00 a.m. and 5:00 p.m. (Central Standard Time), Monday through Friday. / Si necesita asistencia, puede hablar a (972) 788-0699 o (800) 767-6811 entre las horas de 8:00 a.m. y 5:00 p.m. (Tiempo Central.), Lunes a Viernes.
- g) If you would like to leave us a message, please leave your name, social security number, and your specific question so we might have the proper information available when we return your call. / Si quiere dejar mensaje, por favor deje su nombre, numero social, y su pregunta especifica para que nosotros le podamos dar la informacion que usted requiere cuando regresamos su llamada.