

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBERÁN SER CONTESTADAS PARA AQUELLOS  
CERTIFICADOS DE BENEFICIOS (CONTRATOS) VIGENTES DURANTE MENOS DE DOS (2)  
AÑOS AL MOMENTO DE LA MUERTE DEL ASEGURADO**

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Número de Certificado \_\_\_\_\_

¿Cuándo se afectó por primera vez la salud del asegurado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique los nombres y direcciones de todos los médicos que trataron al asegurado durante los últimos cinco (5) años.

Nombre	Dirección	Fechas de Tratamiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A fin de ayudar a Knights of Columbus a determinar la elegibilidad para reclamar beneficios, autorizo a toda persona u organización que tenga conocimiento del asegurado, incluyendo todo profesional médico, hospital u otra institución de cuidado médico, organización de apoyo de seguros, farmacia, agencia del gobierno, compañía de seguros o empleado a brindar a Knights of Columbus o un abogado, agencia de reporte del consumidor o administrador independiente, actuando en su nombre, información relacionada con asesoramiento, cuidado o tratamiento provisto al asegurado nombrado arriba, incluyendo información relacionada con una enfermedad mental, el uso de drogas o el uso de alcohol.

Entiendo que dicha información será usada por Knights of Columbus con el propósito de evaluar un reclamo de beneficios de seguro y que yo, o cualquier representante autorizado, recibiré una copia de esta autorización cuando se solicite.

Esta autorización permanecerá vigente mientras dure el reclamo.

Una fotocopia de esta autorización tendrá el mismo efecto que el original.

Firma \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Para preguntas adicionales por favor contacte a nuestro Departamento de Servicio al Cliente.  
1 Columbus Plaza, New Haven, CT 06510-3326, USA  
Teléfono gratuito de Servicio al Cliente 001-877-339-2005  
Fax gratuito de Servicio al Cliente 001-877-339-1905  
Correo electrónico de Servicio al Cliente: oficina.suprema@KofC.org