



nybsj.com | (631) 600-9400

Assignment of Benefits Form

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del Paciente: _____

_____ Solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizado, incluido Medicare si soy beneficiario de Medicare, se realice en mi nombre al proveedor que se encuentra a continuación, para cualquier servicio que me brinde el proveedor mencionado debajo.

_____ Autorizo el acceso a cualquier información médica de otro tipo necesario para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados con el proveedor. CMS, mi compañía de seguros u otra entidad si así lo solicita. El proveedor mantendrá en sus archivos la autorización original.

_____ Entiendo que soy financieramente responsable del proveedor por cualquier cargo que no esté cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar al proveedor sobre cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura total o del saldo de la factura según lo determine el proveedor y/o mi aseguradora de atención médica. Si se deniega el pago de las reclamaciones presentadas de cualquier parte de ellas.

_____ Entiendo que al firmar este formulario acepto la responsabilidad financiera como se explica arriba para todos los pagos por servicios recibidos.

_____ Yo autorizo mi proveedor a compartir toda la información adquirida durante el examen médico tratamiento para la presentación de reclamaciones de seguros. Las fotocopias de esta autorización deben considerarse efectivas y válidas como la original.

- El paciente emitió y explico la Declaración de derechos del paciente sobre los centros de diagnóstico y tratamiento del NYSDOH (Clínicas) en si idioma preferido.

Nombre de la persona que firma a continuación: _____

Relación con el asegurado: _____

Firma del Asegurado o Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

LEY DE SEGURO DE ACCIDENTES DE VEHICULOS DE MOTOR SIN
CULPA DE NUEVA YORK FORMULARIO DE ASIGNACION DE
BENEFICOS

(PARA ACCIDENTES OCURRIDOS A PARTIR DEL 1 DE MARZO DE
2002)

Yo, _____, («cedente»), por la presente cedo a Nitin Mariwalla MD PLLC, («cesionario»),
(Nombre y Apellido Impreso del paciente) *(Nombre impreso del hospital o del proveedor de servicios de salud)*
todos los derechos, privilegios y recursos de pago por los servicios de atención medica prestados por el cesionario a los
que tengo derecho en virtud del artículo 51 (la ley de responsabilidad civil sin culpa) de la Ley de Seguros.

Por la presente, el Cesionario certifica que no ha recibido ningún pago del Cedente ni en nombre de este, y que no
reclamará directamente al Cedente el pago de los servicios prestados por dicho Cesionario en relación con las lesiones
sufridas a causa del accidente de tráfico ocurrido el _____, sin perjuicio de cualquier otro
acuerdo en contrario. *(Imprimir la fecha del accidente)*

El cesionario podrá rescindir este acuerdo cuando no proceda el pago de las prestaciones debido a la falta de cobertura
del cedente o al incumplimiento de alguna condición de la póliza como consecuencia de las acciones o la conducta del
cedente.

CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE
SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO COMERCIAL O UNA DECLARACIÓN DE
RECLAMACIÓN PARA OBTENER CUALQUIER PRESTACIÓN DE SEGURO COMERCIAL O PERSONAL QUE
CONTENGA INFORMACIÓN SUSTANCIALMENTE FALSA, O QUE OCULTE, CON EL PROPÓSITO DE INDUCIR A
ERROR, INFORMACIÓN RELATIVA A CUALQUIER HECHO DE IMPORTANCIA PARA ELLO, Y CUALQUIER
PERSONA QUE, EN RELACIÓN CON DICHA SOLICITUD O RECLAMACIÓN, CONSCIENTEMENTE REALICE O,
CONSCIENTEMENTE, AYUDE, INCITE, SOLICITE O CONSPIRE CON OTRA PERSONA PARA REALIZAR UN
INFORME FALSO SOBRE EL ROBO, LA DESTRUCCIÓN, EL DAÑO O LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE CUALQUIER
VEHÍCULO MOTOR ANTE UNA AGENCIA DE APLICACIÓN DE LA LEY, EL DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS
MOTORES O UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, COMETE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGUROS, LO CUAL
CONSTITUYE UN DELITO, Y TAMBIÉN ESTARÁ SUJETO A UNA SANCIÓN CIVIL QUE NO EXCEDERÁ LOS CINCO
MIL DÓLARES Y EL VALOR DEL VEHÍCULO MOTOR EN CUESTIÓN O LA RECLAMACIÓN DECLARADA POR CADA
INFRACCIÓN.

(Nombre del paciente en letra de imprenta)

(Firma del paciente)

(Fecha de la firma)

(Dirección del paciente)

(Nombre del proveedor en letra de imprenta)

(Firma del proveedor)

(Fecha de la firma)

(Dirección del proveedor)

ACUERDO DE CESIÓN DE GRAVAMEN

Yo _____(nombre del paciente) residente en _____(dirección) por la presente celebro el siguiente acuerdo con, en adelante conocido como “el proveedor” para garantizar el pago de los servicios prestados por “el proveedor” a mí, incidentales al accidente ocurrido el _____

Non-Reclamaciones sin Culpa: Entiendo que soy directa y completamente responsable ante el proveedor de todas las facturas medicas por los servicios que me haya prestado. Entiendo que soy directa y completamente responsable ante el proveedor de cualquier saldo restante en todas las facturas medicas por servicios que me haya prestado, presentadas en mi nombre a la aseguradora responsable, según corresponda. Este documento también sirve para reconocer mi responsabilidad de reembolsar todos los saldos restantes después de todos los pagos de seguro aplicables. Acepto estar disponible para comparecer o mantener correspondencia con el proveedor con la frecuencia que sea necesaria para cualquier gestión de cobro que se realice. He sido informado de los cargos por los servicios prestados bajo esta cesión de gravamen y acepto la responsabilidad del reembolso de todos los saldos pendientes. Además, ordeno que mi abogado no impugne posteriormente estos montos y, bajo mi dirección, se comunicará con esta oficina para coordinar el pago total en el momento en que un acuerdo, juicio o procedimiento de moción esté listo para su desembolso.

Reclamaciones sin Culpa: El proveedor reconoce que no podrá reclamar ningún saldo después de recibir pagos parciales de la aseguradora sin culpa correspondiente, de conformidad con la normativa legal contenida en el formulario de cesión de beneficios. En la medida que corresponda, el paciente se compromete a cumplir con todas las regulaciones de la compañía de seguros, incluyendo, entre otras, los exámenes bajo juramento y los exámenes médicos independientes. Entiendo que cualquier incumplimiento por mi parte de cualquier condición precedente a la cobertura del seguro, a elección del proveedor médico, podrá dar lugar a la revocación de cualquier cesión de beneficios sin culpa. El paciente reconoce además su responsabilidad de presentar una notificación oportuna de reclamación a la aseguradora correspondiente y que cualquier reclamación posterior sin culpa denegada por no proporcionar una notificación oportuna, a elección del proveedor, podrá dar lugar a esfuerzos de recuperación en virtud de este gravamen.

El Proveedor se compromete a solicitar una compensación a la aseguradora correspondiente antes de invocar los términos de este gravamen, basándose en la exactitud de la información proporcionada por el paciente y en la medida en que dicha información esté disponible antes de la fecha del servicio. El paciente deberá proporcionar toda la información necesaria sobre el seguro, los informes policiales y cualquier documentación o información adicional que el proveedor considere necesaria para la presentación de la reclamación de seguro mencionada, según corresponda. La falta de información precisa sobre el seguro que conduzca a una fuente viable de cobertura podría invalidar cualquier cesión ejecutada de los beneficios de No-Fault y dar lugar a la dependencia de este gravamen para fines de reembolso. Soy consciente de que la cobertura de No-Fault se basa en una póliza viable que no se ha agotado. Si una póliza se agota antes del cobro por parte del Proveedor, reconozco que este gravamen puede invocarse como método de pago principal.

Si el paciente proporciona información del seguro para una reclamación sin culpa que indique un administrador externo y no proporciona el nombre de la aseguradora subyacente, el Proveedor presentará la reclamación a la entidad designada. Sin embargo, el Paciente acepta que cualquier cesión de beneficios podrá ser revocada retroactivamente por el Proveedor, quien recurrirá a este gravamen para el pago si no

se identifica a la aseguradora subyacente. El Paciente indica a su abogado que no impugne dicha revocación a favor del gravamen cuando una entidad, como un administrador externo, no pueda ser demandada judicialmente por cuestiones de jurisdicción o cuando una póliza se agote antes del cobro por parte del Proveedor.

Por la presente, otorgo este derecho de retención sobre mi caso al "proveedor" contra cualquier producto de cualquier acuerdo, sentencia, veredicto u otra disposición de cualquier litigio interpuesto o contemplado en mi nombre que pueda ser pagado a mí o a mi ABOGADO como resultado de las lesiones por las que he sido tratado. Otorgo al "proveedor" el derecho de retención antes mencionado contra las sumas del acuerdo, sentencia, veredicto u otra disposición de cualquier litigio interpuesto o contemplado en mi nombre que sean necesarias para reembolsar adecuadamente al "proveedor" por los servicios prestados y todos los saldos pendientes. Por la presente, me comprometo a proporcionar información de contacto precisa del abogado que lleve cualquier litigio en mi nombre.

Por la presente, **ordeno** y **autorizo** el pago directo al proveedor de las sumas debidas por los servicios médicos que me haya prestado. Asimismo, instruyo a mi ABOGADO a respetar dicho gravamen y a retener las sumas necesarias de cualquier acuerdo, sentencia, veredicto u otra disposición de cualquier litigio interpuesto o contemplado en mi nombre para reembolsar adecuadamente al proveedor por los servicios que me haya prestado, a fin de cubrir todos los saldos pendientes. En caso de que se requieran gestiones de cobro para hacer cumplir o defender este gravamen, el Paciente reconoce su responsabilidad de pagar los honorarios legales en que incurra el Proveedor.

Entiendo que este documento no puede rescindirse y que mi ABOGADO no respetará dicha rescisión. Por la presente, instruyo que, en caso de que otro ABOGADO sea sustituido en mi caso, le ordeno que proporcione al ABOGADO entrante una copia de este gravamen y que instruyo a cualquier ABOGADO entrante a respetar este gravamen como inherente al acuerdo, sentencia, veredicto u otra disposición de cualquier litigio presentado o contemplado en mi nombre y ejecutable en el caso como si lo hubiera ejecutado él/ella. Por la presente, instruyo y autorizo a mi abogado, a solicitud, a informar sobre el estado de dicho litigio al "proveedor" o a su abogado involucrado en cualquier gestión de cobro. Asimismo, instruyo a mi abogado a que se ponga en contacto con el "proveedor" o con el abogado que lo represente antes del desembolso de cualquier fondo para verificar cualquier saldo pendiente adeudado al Proveedor.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Dirección del Paciente: _____

Nombre del Abogado del Paciente: _____

Dirección/teléfono del Abogado: _____