



Multinational Life Insurance Company

PO Box 366107, San Juan PR 00936-6107
470 Ave. Ponce de León, San Juan PR 00918
tel. 787-756-8820 • ext. 2173, 2174, 2179 • 787-758-8080
fax: 787-281-0308 • e-mail: claims@multinationalpr.com

FORMULARIO SOLICITUD DE BENEFICIOS
CUBIERTA BÁSICA DE CÁNCER Y
ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

PARTE A	INSTRUCCIONES: Completar este Formulario en todas sus partes
(X) Marque beneficio que reclama:	↓ Documentos Requeridos, según cubierta a reclamar ↓
<input type="checkbox"/> Pruebas de Prevención: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Pap Test <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Colonoscopia <input type="checkbox"/> Sangre Oculta Heces	Evidencia de la prueba de prevención realizada, según marcada. (Asegurado Principal - \$125 máx. por año póliza)
<input type="checkbox"/> Primer Diagnóstico	Lectura de Patología dónde indique diagnóstico positivo. Gastos o factura de Estudios, Laboratorios, placas, biopsias (Hasta 10 días antes del Diagnóstico positivo)
<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Drogas & Medicinas - 20%	Reporte o Informe de Alta (Discharge Summary), Factura de Hospitalización que indique diagnóstico, Fecha de Admisión y Alta
<input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo	Factura de Hospital desglosada que indique tiempo en Unidad de Intensivo y diagnóstico.
<input type="checkbox"/> Servicio de Enfermera	Recibo que indique Nombre, Dirección, Núm. de licencia, Fecha de Servicio, Turno trabajado.
<input type="checkbox"/> Médico de Cabecera	Factura de gastos de visita mientras está hospitalizado.
<input type="checkbox"/> Sangre y Plasma	Factura que indique cantidad de pintas utilizadas
<input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Terrestre <input type="checkbox"/> Aérea	Factura o Recibo de Pago (Ambulancia.) Talonario o copia de Boleto de Avión, indicando costo de pasaje
<input type="checkbox"/> Transportación Aérea y Hospedaje Acompañante	Talonario o copia de Boleto de Avión, indicando costo de pasaje Factura de Hospedería que indique Nombre, Dirección, fechas y costo por habitación
<input type="checkbox"/> Cirugía: <input type="checkbox"/> 2da Opinión <input type="checkbox"/> 3ra Opinión <input type="checkbox"/> Anestesia - 25% Tipo de Cirugía: _____	Importante - Notas Médicas de la Primera Opinión, para poder reclamar 2da o 3ra Opinión. Gastos o Factura de Procedimiento Quirúrgico, Reporte de Cirugía que indique CPT, Notas de Anestesia
<input type="checkbox"/> Tratamiento Rayos X, Radioterapia de Isótopos Radioactivos y Quimioterapia	Evidencia de Gastos o Facturas de Radioterapia o Quimioterapia que indiquen costo de medicamentos utilizados
<input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Reconstrucción del Seno <input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Otras Prótesis <input type="checkbox"/> Trat. Estético	Factura de Gastos que indique fecha de servicio
<input type="checkbox"/> Hogar de Convalecencia	Factura de la Institución que indique Nombre de Institución, Dirección y Teléfono, Período de Estadía.
<input type="checkbox"/> Indemnización Pérdida de Ingresos	Factura de Hospitalización, completar Formulario de Certificación Patronal
<input type="checkbox"/> Servicio de Ama de Llaves	Recibo de pago que indique Nombre, Dirección y Teléfono de la persona que ofrece el servicio y Período (fechas) en que se ofrece el servicio. Copia orden médica requiriendo el servicio.
<input type="checkbox"/> Pañales o "Pads" Desechables	Recibo de compra o factura que indique claramente la fecha y compra de pañales o "Pads" desechables
<input type="checkbox"/> Terapia Experimental	Notas Médicas, Factura de Gastos
<input type="checkbox"/> Medicina Alternativa, Yoga-Terapia, Terapia de Dolor y Acupuntura	Recibo de pago que indique Nombre de Instructor de Yoga, Dirección, certificación del Instructor, Costo y Fechas en que recibe su clase, Terapia o Acupuntura.
Cáncer Terminal	
<input type="checkbox"/> Alivio Extremo (Sólo-Aseg. Primario)	Notas Médicas que certifiquen una expectativa de Vida de 6 meses o menos
<input type="checkbox"/> Cáncer Terminal en el Hogar	
<input type="checkbox"/> Gastos de Funeral	Certificado de Defunción que indique causa de la Muerte (RD-77 Rev. 1/89), Factura de Funeraria que indique Desglose, Costo, Fecha y Nombre del Pagador.
<input type="checkbox"/> OTROS	Explique:

Para agilizar el trámite y evaluación de su reclamación, recuerde:

- Firmar Formularios
- Completar todos los encasillados
- Incluir documentos requeridos por cubierta solicitada

PARTE B

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (LETRA DE MOLDE)

1. Número de la póliza:	2. Nombre completo del Asegurado Principal:	3. Núm. Seguro Social Asegurado Principal: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				-			-			
			-			-						
4. Fecha de nacimiento del Reclamante (paciente):	5. Nombre del Reclamante (paciente):	6. Núm. Seguro Social Reclamante: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				-			-			
			-			-						
7. Teléfono Residencial:	8. Dirección postal:	9. Parentesco con el Asegurado Principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo dependiente										
10. Teléfono Oficina:		Correo electrónico										
11. Fecha de Diagnóstico o Biopsia Positiva:	12. Diagnóstico (Tipo de Cáncer o Enfermedad Específica bajo el cual reclama)											

¿Alguna vez usted ha recibido tratamiento o atención médica para condiciones de cáncer? Sí No
 Si su respuesta es Sí, explique detalladamente:

*****AVISO ANTIFRAUDE*****

"Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentarse más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (10,000.00) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

Certificación y/o autorización: Certifico que toda la información suministrada por mí, en este formulario es cierta. Conozco que la ley impone penalidades severas, como multa, cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa con propósito de obtener beneficios del seguro. Autorizo a todos los médicos, hospitales y otras instituciones que me atendieron, a mi cónyuge o a mis hijos dependientes, que suministren a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** cualquier información pertinente a esta solicitud. Autorizo a mi patrono a entregar a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** información o documentos necesarios para determinar mis beneficios.

 FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

 FECHA

 FIRMA DEL PACIENTE
 (aplica solamente cuando es mayor de edad)

 FECHA

Nota – Si el Asegurado Principal o Paciente no puede firmar, favor de hacer una (X) y firma de un Testigo que indique la razón por la cuál no puede firmar.

PARTE C

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DE CABECERA

1. Nombre del paciente	2. Diagnóstico (ICD-9 o CPT) Tipo de Cáncer o Enfermedad Específica
3. ¿Cuándo notaron los síntomas por primera vez? Fecha:	4. ¿Cuándo el paciente le consultó por primera vez para esta condición?
5. ¿Ha tenido el paciente este síntoma o alguno similar, en otra ocasión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, favor Explicar: (Indique Fecha)	6. ¿Alguna vez el paciente ha recibido tratamiento o atención médica para condiciones cancerosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es Sí, explique detalladamente:

7. Indique fecha y resultados patológicos

Fecha: _____ Resultados: _____

Cualquier persona, incluyendo agente de seguros, corredor o solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o un patrono, que hiciere, ayudare o participare en hacer una falsa representación de hechos o someter información incompleta, sabiendo que la información no es cierta, para insertar en una solicitud de seguro o en un informe o declaración (reclamación) en relación con dicho seguro, se podría considerar que ha cometido fraude para efectos del Código de Seguros. (Ver Artículo 27.190 del Código de Seguros)

INFORME DE SERVICIOS

Fecha de servicio	Lugar	Describa la naturaleza de los servicios prestados ya sean médicos o quirúrgicos	Cargos
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

NOMBRE DEL MÉDICO en letra de Molde:	Número de licencia	Especialidad
--------------------------------------	--------------------	--------------

Dirección del Médico: _____

CERTIFICACIÓN: Certifico que la información antes ofrecida está basada en una probabilidad y necesidad médica razonable y que es verdadera y correcta a mi mejor entender. Certifico que el paciente bajo mi atención, según aquí indicado, no es: cónyuge, pareja consensual ni familiar directo o indirecto, del que aquí suscribe.

FIRMA DEL MÉDICO	FECHA	TELÉFONO DE LA OFICINA
------------------	-------	------------------------