

FORMULARIO SOLICITUD DE BENEFICIOS POR ENFERMEDAD DE COVID-19

PARTE A INSTRUCCIONES: Favor completar este formulario en todos sus apartados según aplique a su reclamación de beneficios e incluir los documentos que correspondan.

<input checked="" type="checkbox"/> SELECCIONE EL ENDOSO QUE RECLAMA:	> DOCUMENTOS REQUERIDOS: <u>Parte A, B del formulario de Reclamación siempre requerido</u>
<input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN POR MUERTE POR COMPLICACIÓN DIRECTA CON LA ENFERMEDAD COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parte A y B Formulario de Reclamación, Resultado de la prueba para Covid-19, y el Certificado de Defunción RD-77 (causa de muerte)
<input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR COMPLICACIÓN DIRECTA A LA ENFERMEDAD COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parte A, B y C del Formulario de Reclamación, Resultado de la prueba para Covid-19, y "Discharge Summary" que provea fecha de admisión y alta, y los diagnósticos
<input type="checkbox"/> INDEMNIZACIÓN POR RECLUSIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO POR COMPLICACIÓN COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parte A, B y C del Formulario de Reclamación, Resultado de la prueba para Covid-19, "Discharge Summary" que provea fecha de admisión y alta, y los diagnósticos, y el desglose de factura de hospitalización que indique los días de reclusión en Intensivo

-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.

PARTE B PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (LETRA DE MOLDE)

1. Número de la póliza:	2. Nombre completo del asegurado principal:	3. Seguro social del asegurado principal: [] - [] - []
4. Fecha de nacimiento del paciente:	5. Dirección postal:	6. Teléfono residencial / celular:
7. Teléfono de la oficina:	8. Correo electrónico:	9. ¿Cuándo ocurrieron los primeros síntomas? Fecha: _____
10. ¿Cuándo se realizó la prueba para Covid-19? Fecha: _____	11. ¿Cuándo ocurre el fallecimiento por Covid-19? Fecha: _____	12. Tipo de prueba realizada: <input type="checkbox"/> Molecular <input type="checkbox"/> Serológica
13. ¿Alguna vez ha recibido usted tratamiento o atención médica para condiciones o complicaciones por Covid-19?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, explique detalladamente:		

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

NOMBRE DEL BENEFICIARIO
(en caso de fallecimiento del asegurado)

FIRMA DEL BENEFICIARIO

PARTE C PARA SER COMPLETADO POR EL HOSPITAL (No aplica en caso de Sala de Emergencia ni Hospitalización Ambulatoria)

1. NOMBRE DEL HOSPITAL:	2. DIRECCIÓN POSTAL DEL HOSPITAL:
3. CERTIFICO QUE EL PACIENTE: _____ Fue Hospitalizado(a) Desde: (Admisión) Hasta: (Alta)	
4. DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE Y CÓDIGO ICD-10:	
5. ¿EL PACIENTE ESTUVO EN SALA DE INTENSIVO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, indicar el período de intensivo) Desde: _____ Hasta: _____	
Nombre de oficial de admisiones u oficial autorizado _____ Firma oficial de admisiones u oficial autorizado Fecha	_____ SELLO OFICIAL DEL HOSPITAL

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)

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

- Firmar el Formulario
- Completar todos los encasillados
- Incluir documentos requeridos por cubierta solicitada
- Evidencia de pérdida debe radicarse en o antes de 90 días a partir de la fecha de pérdida
- Favor enviar su reclamación a través de correo electrónico a claims@multinationalpr.com