

Solicitud de Reclamación de Vida Grupal

Póliza de Seguro contra Accidentes

SECCIÓN I – CÓMO RADICAR UNA SOLICITUD

TODA RECLAMACIÓN O NOTIFICACIÓN DE PÉRDIDA, DEBERÁ SER RADICADA EN MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE. EL MÉDICO, DENTISTA U HOSPITAL QUE ATIENDA AL PACIENTE DEBERÁ COMPLETAR EL INFORME QUE APARECE AL DORSO DE ESTE FORMULARIO. LA SECCIÓN I DEBE SER COMPLETADA ANTES DE QUE EL ACCIDENTADO LO LLEVE A SU MÉDICO.

DOCUMENTOS BÁSICOS REQUERIDOS:

- Notas de progreso de la visita a sala de emergencia
- Notas de progreso del médico que le atendió luego del accidente
- Resultados de estudios y/o laboratorios
- Reporte de cirugía
- Recibos de pagos que estén debidamente identificados con el nombre del paciente, fecha de servicio, Códigos ICD-10, Códigos CPT, y monto pagado por el paciente
- Documentos adicionales pudieran ser requeridos

SECCIÓN II – INFORME DE ACCIDENTE A SER COMPLETADO POR LA ENTIDAD ASEGURADA

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO (persona lesionada)			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año)	EDAD	GÉNERO	TELÉFONO	
NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR			
DIRECCIÓN POSTAL				
FECHA DEL ACCIDENTE	HORA DEL ACCIDENTE	HORARIO DE CLASES O ACTIVIDAD		
		ENTRADA:	SALIDA:	
¿CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? (Describa en detalle el mismo)				
¿OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN UNA ACTIVIDAD DE LA ESCUELA O INSTITUCIÓN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿ESTABA ESTA ACTIVIDAD BAJO SUPERVISIÓN DE LA ESCUELA O INSTITUCIÓN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:		SI EL ACCIDENTE OCURRIÓ FUERA DE LA ESCUELA O INSTITUCIÓN, EXPLIQUE:		
NOMBRE DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA (entidad asegurada):		DIRECCIÓN DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA (entidad asegurada):		
INDIQUE SI EL ASEGURADO TIENE OTRO PLAN DE SEGURO DE SALUD: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		SI UTILIZÓ DICHO PLAN MÉDICO, FAVOR INDICAR CÚAL:		

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, ayude 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 el 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 dar a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** o entregar información o documentos necesarios para determinar mis beneficios.

NOMBRE DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

FIRMA AUTORIZADA

TÍTULO

FECHA

SECCIÓN III – INFORME DEL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	EDAD	GÉNERO
NATURALEZA DE LA LESIÓN Y DIAGNÓSTICO ICD-10 (describa complicaciones, si hay alguna)		
SI FUE FRACTURA O DISLOCACIÓN, FAVOR INDICAR SI FUE: <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> INCOMPLETA		
SI FUE FRACTURA DE HUESOS LARGOS, INDIQUE TIPO Y LUGAR DE LA MISMA	¿FUE CONFIRMADO POR RAYOS X? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE Y/O APARECIERON LOS SÍNTOMAS POR PRIMERA VEZ?		FECHA (día/mes/año):
¿CÚANDO SE EFECTUÓ EL PRIMER EXÁMEN MÉDICO DEL PACIENTE DEBIDO A SU PRESENTE CONDICIÓN FÍSICA? FECHA (día/mes/año):		
¿TIENE O HA TENIDO EL PACIENTE HISTORIAL CLÍNICO O CONDICIONES SEMEJANTES O IGUALES A LA CONDICIÓN PRESENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
SI ES AFIRMATIVA, DESCRIBA LA CONDICIÓN, INDIQUE FECHA, NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL O MÉDICO QUE HAYA TRATADO AL PACIENTE		
DESCRIBA CUALQUIER OTRA INCAPACIDAD O PADECIMIENTO QUE AFECTE LA PRESENTE CONDICIÓN DEL PACIENTE:		
Cualquier persona, incluyendo agente de seguros, corredor o solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o un patrono, que hiciera, 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)		
DESCRIBA EL TRATAMIENTO, FECHA, LUGAR Y CARGOS INCURRIDOS POR EL PACIENTE		
FECHA	LUGAR	TRATAMIENTO
CÓDIGO CPT	PAGOS POR DEDUCIBLES	
a.		
b.		
c.		
DE HABER SIDO NECESARIA UNA INTERVENCIÓN QUIRURGICA, FAVOR DESCRIBA DETALLADAMENTE		
FECHA	LUGAR	INTERVENCIÓN QUIRURGICA
CÓDIGO CPT	PAGOS POR DEDUCIBLES	
a.		
b.		
c.		
SI EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO, FAVOR INDICAR (día/mes/año):	FECHA DE ADMISIÓN	FECHA DE ALTA:
NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE FUE ADMITIDO		
INDIQUE SI EL ASEGURADO UTILIZÓ OTRO PLAN DE SAUD: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SI ES AFIRMATIVO, MENCIONE EL PLAN:		
NOMBRE DEL MÉDICO (en letra de molde):	NÚMERO DE LICENCIA	ESPECIALIDAD
DIRECCIÓN POSTAL DEL MÉDICO:		
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA	TELÉFONO DE LA OFICINA

PAGO ELECTRÓNICO (ACH)

Favor de completar esta parte para realizar el trámite de pago directo por medio de ACH.

Nombre del Banco: _____	Nombre del Dueño de la Cuenta: _____
Número de Cuenta Bancaria: _____	Confirmar Número de Cuenta Bancaria: _____
Número de Ruta y Tránsito (ABA): _____	Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro

CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información aquí ofrecida por mi es cierta y correcta, que la misma es ofrecida con el único propósito de inducir a la Compañía a pagar por el reclamo sometido a Multinational Life Insurance Company.

NOMBRE DEL RECLAMANTE (LETRA DE MOLDE)	FECHA
FIRMA DEL RECLAMANTE	FECHA

*Multinational Life Insurance Company estará realizando el pago al número de cuenta provisto por usted. De haber algún error en el número de cuenta provisto, no nos haremos responsables por el recobro del mismo.

