

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 Y/O TESTIGO

FECHA

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

1. NOMBRE DEL HOSPITAL: _____

2. DIRECCIÓN POSTAL DEL HOSPITAL: _____

3. CERTIFICO QUE EL PACIENTE: _____

Fue Hospitalizado(a)

Desde: (Admisión)

Hasta: (Alta)

4. FAVOR INDICAR SI ESTA HOSPITALIZACIÓN FUE DEBIDO A:

Accidente. Fecha en que ocurrió el accidente: _____

Enfermedad. Fecha de los primeros síntomas: _____

5. DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE Y CÓDIGO ICD-9: _____

6. ¿EL PACIENTE ESTUVO EN SALA DE INTENSIVO? Sí Desde: _____ Hasta: _____
(Si su respuesta es **Sí**, indicar el período de intensivo) No

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)

PARTE D PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO (Solamente si hubo convalecencia)

1. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

2. DIAGNÓSTICO Y CÓDIGO ICD-9: _____

3. ¿EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO? Sí Desde: _____ Hasta: _____
Si su respuesta es **Sí**, indique el período de hospitalización y el nombre del hospital. No

4. NOMBRE DEL HOSPITAL: _____

5. INDIQUE SI ES EMERGENCIA POR ENFERMEDAD: Sí No

6. CERTIFICACIÓN MÉDICA POR CONVALECENCIA NECESARIA PARA RECUPERACIÓN: _____ Desde: _____ Hasta: _____

7. NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA DE MOLDE): _____

8. NÚMERO DE LICENCIA: _____

9. ESPECIALIDAD: _____

10. DIRECCIÓN POSTAL DEL MÉDICO: _____

CERTIFICACIÓN: Certifico que la información antes ofrecida está basada en una probabilidad y necesidad medica razonable y que es verdadera y correcta a mi mejor entender, que impiden la realización de tareas cotidianas o laborales del paciente. El tiempo para convalecencia no fue sugerido ni solicitado por el paciente.

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

TELÉFONO DE LA OFICINA

COMENTARIOS: _____

PARTE E PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO O COLEGIO

1. NOMBRE DEL EMPLEADO O ESTUDIANTE: _____

2. NOMBRE DEL COLEGIO: _____ 3. NOMBRE DEL PATRONO: _____

4. DIRECCION DEL COLEGIO: _____ 5. DIRECCION DEL PATRONO: _____

6. SEGURO SOCIAL (ULTIMOS 4 NÚMEROS) _____ / ____ / _____ 7. NÚMERO DE EMPLEADO O ESTUDIANTE: _____

8. OCUPACIÓN: _____ 9. TIEMPO EN LA OCUPACIÓN: _____

10. ¿CUÁNDO FUE EL ÚLTIMO DÍA FÍSICAMENTE QUE ASISTIÓ A CLASES O EL ÚLTIMO DÍA TRABAJADO? (mes/día/año): _____

11. ¿CUÁNDO SE REINCOPORÓ A CLASES O AL TRABAJO? (mes/día/año): _____

12. PAGO LICENCIA A EMPLEADO

CONDICIÓN:	VACACIONES:	OTROS (Especifique):
Desde (mes/día/año): _____	Desde (mes/día/año): _____	Desde (mes/día/año): _____
Hasta (mes/día/año): _____	Hasta (mes/día/año): _____	Hasta (mes/día/año): _____
Cantidad \$: _____	Cantidad \$: _____	Cantidad \$: _____

13. ¿Está relacionada la incapacidad o convalecencia con su ocupación? Sí No

_____	_____
NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO	TELÉFONO DE LA OFICINA
_____	_____
FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO	FECHA

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: Cheque 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)	
_____	_____
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.*