

PARTE A:

ENTIENDO QUE PARA PODER SOLICITAR ESTE BENEFICIO, DEBO ESTAR TERMINALMENTE ENFERMO CON UNA EXPECTATIVA DE VIDA DE 12 MESES O MENOS DESDE LA FECHA DE ESTA SOLICITUD. SIENDO ESTE EL CASO, POR LA PRESENTE SOLICITO UN PAGO DEL BENEFICIO DE VIDA ACELERADO SEGÚN LA PÓLIZA DE VIDA NÚM. _____ EMITIDA A _____ (TITULAR DE LA PÓLIZA)

NOMBRE DEL ASEGURADO:

DIRECCIÓN:

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN MÁS RECIENTE: MES _____ /DÍA _____ /AÑO _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU MÉDICO:

DESCRIBA EN SUS PROPIAS PALABRAS, LO QUE USTED ENTIENDE SOBRE SU CONDICIÓN DE SALUD:

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ANTERIORMENTE ES CIERTA Y CORRECTA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

FIRMA DEL ASEGURADO: _____ FECHA DE LA SOLICITUD: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____

AUTORIZACIÓN:

AUTORIZO A CUALQUIER HOSPITAL, MÉDICO U OTRA PERSONA QUIEN ME HAYA ATENDIDO, A PROPORCIONAR A MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY O SUS REPRESENTANTES CUALQUIER Y TODA INFORMACIÓN, INCLUYENDO HISTORIAL MÉDICO, CONSULTA, RECETAS DE MEDICAMENTOS O TRATAMIENTO Y COPIAS DE TODO REGISTRO DE HOSPITAL O MÉDICO EN RELACIÓN CON LA CONDICIÓN TERMINAL ESTABLECIDA EN SOLICITUD DE BENEFICIOS DE VIDA ACELERADOS. ESTOY DE ACUERDO QUE UNA COPIA FOTOSTÁTICA DE ESTA AUTORIZACIÓN PODRÁ SER CONSIDERADA TAN EFECTIVA Y VÁLIDA COMO LOS BENEFICIOS BAJO LA PÓLIZA NÚM. _____. ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON QUE ESTA AUTORIZACIÓN SEA EFECTIVA Y VÁLIDA POR LA DURACIÓN DE LA SOLICITUD. ENTIENDO QUE MI REPRESENTANTE AUTORIZADO O YO MISMO(A) PODEMOS SOLICITAR Y RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.

FIRMA DEL ASEGURADO: _____

CUALQUIER PERSONA QUIEN A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DAÑAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O A OTRA PERSONA, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN CONTENIENDO INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, PUEDA SER CULPABLE DE FRAUDE DE SEGUROS Y SUJETO A SANCIONES PENALES Y CIVILES SUSTANCIALES.

PARTE B:

Declaración del médico:

El paciente está solicitando el Beneficio de Vida Acelerado. Su declaración es necesaria para determinar la elegibilidad.

1. a. ¿Cuándo surgieron los síntomas por primera vez u ocurrió el accidente? Mes _____ /Día _____ /Año _____
b. Fecha en que el paciente fue informado del diagnóstico: Mes _____ /Día _____ /Año _____
c. ¿Alguna vez ha tenido el (la) paciente la misma condición o una parecida? ☐ Sí ☐ No
Si la contestación es afirmativa: Mes _____ /Día _____ /Año _____
 2. a. Es la condición terminal? ☐ Sí ☐ No
b. Si la contestación es afirmativa, ¿es la expectativa de vida 12 meses o menos? ☐ Sí ☐ No
c. Diagnóstico (incluyendo cualquier complicación): _____
d. Síntomas subjetivos: _____
e. Hallazgos objetivos (incluyendo Rayos X actuales, EKG's, resultados de laboratorios y cualquier otro hallazgo clínico): _____
f. En su opinión, ¿esta condición ha afectado la capacidad mental del (de la) paciente? ☐ Sí ☐ No
g. Otros comentarios: _____
 3. Fechas de los tratamientos:
Primera visita: Mes _____ /Día _____ /Año _____
Última visita: Mes _____ /Día _____ /Año _____
Frecuencia: _____
 4. Naturaleza del tratamiento (incluyendo cirugía y medicamentos recetados, si alguno): _____
 5. ¿El paciente: ☐ se ha recuperado? ☐ ha mejorado? ☐ se ha mantenido sin cambio(s)? ☐ ha retrocedido?
- | | | | |
|-------------------------------------|--------|--------------------|------------------|
| Nombre del médico en letra de molde | Título | Especialidad | Núm. de teléfono |
| Dirección: Calle | Ciudad | Estado o Provincia | Zip Code |

CERTIFICO que, a mi mejor saber, información y entender, toda la data aquí suministrada es cierta y correcta.

Firma del médico tratante

PAGO ELECTRÓNICO (ACH)

**Favor de completar esta parte para realizar el trámite de pago directo por medio de ACH.
Debe proveerse la cuenta bancaria a nombre del Asegurado Principal, o en caso de su fallecimiento aplica la del Beneficiario.**

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 ASEGURADO PRINCIPAL (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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.