

Solicitud de Reclamación de Póliza de Seguro contra Accidente Grupal

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? ☐ Sí ☐ No		¿ESTABA ESTA ACTIVIDAD BAJO SUPERVISIÓN DE LA ESCUELA O INSTITUCIÓN? ☐ Sí ☐ 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: ☐ Sí ☐ 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, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o que presente 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: ☐ COMPLETA ☐ INCOMPLETA				
SI FUE FRACTURA DE HUESOS LARGOS, INDIQUE TIPO Y LUGAR DE LA MISMA		¿FUE CONFIRMADO POR RAYOS X? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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 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)				
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 QUIRÚRGICA, FAVOR DESCRIBA DETALLADAMENTE				
FECHA	LUGAR	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	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: ☐ Sí ☐ 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.
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.