



Multinational Life Insurance Company

— Seguro te Responde —

San Juan, Puerto Rico

PÓLIZA
MASTER50K

SOLICITUD DE BENEFICIOS - CUBIERTA BÁSICA CÁNCER Y ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

PARTE A	Instrucciones – Completar este formulario en todas sus partes
Marque con (X) el beneficio que reclama:	↓ Documentos Requeridos según cubierta a reclamar ↓
<input type="checkbox"/> Pruebas de Prevención	Factura de gastos incurridos por el asegurado y lectura de prueba de prevención realizada (\$200 máx. por año póliza)
<input type="checkbox"/> Indemnización por el Primer Diagnóstico de Cáncer y Enfermedades Específicas	Lectura de Patología donde indique diagnóstico positivo
<input type="checkbox"/> Indemnización por un Segundo Diagnóstico de Cáncer y Enfermedades Específicas	Lectura de Patología donde indique diagnóstico positivo
<input type="checkbox"/> Nueva Energía	Factura de los gastos incurridos por el asegurado
<input type="checkbox"/> Gastos Imprevistos por Hospitalización	Evidencia de pago incurrido por el asegurado
<input type="checkbox"/> Hospitalización () Indemnización Continua e Ininterrumpida () Cubierta Extendida	Resumen de Admisión y Alta (Discharge Summary), Factura de Hospitalización que indique diagnóstico, Fecha de Admisión y Alta
<input type="checkbox"/> Indemnización por Hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo	Factura de Hospital desglosada que indique tiempo en Unidad de Intensivo y diagnóstico
<input type="checkbox"/> Indemnización por Visita a una Sala de Emergencia	Notas médicas de Sala Emergencia
<input type="checkbox"/> Beneficio de Servicio de Enfermera Privada	Recibo que indique Nombre, Dirección, Núm. de licencia, Fecha de Servicio, Turno trabajado y la cantidad pagada
<input type="checkbox"/> Medicamentos por Prescripción Médica	Paciente NO hospitalizado: Evidencia de gastos incurridos por el asegurado que indique nombre del medicamento comprado / Paciente hospitalizado: Desglose de factura de la hospitalización y Resumen de Alta
<input type="checkbox"/> Medicina Natural	Factura de gastos incurridos por el asegurado
<input type="checkbox"/> Beneficio de Sangre y Plasma	Desglose de factura de la hospitalización que realiza la transfusión
<input type="checkbox"/> Beneficios de Cirugías	Reporte de Cirugía que indique código CPT
<input type="checkbox"/> Beneficio de Trasplante de Médula Ósea	Reporte de Cirugía, Gastos incurridos por el asegurado y /o donante por concepto de Servicios médicos, Alimentación, Transportación & Hospedaje del asegurado y/o donante
<input type="checkbox"/> Beneficio de Trasplante de Células Madre	Reporte de Cirugía, Gastos incurridos por el asegurado
<input type="checkbox"/> Cirugía Ambulatoria	Reporte de Cirugía, Evidencia de los gastos incurridos
<input type="checkbox"/> Segunda Opinión para Cirugía	Importante: Notas médicas de la primera opinión, para poder reclamar Segunda y Tercera Opinión, Reporte de Cirugía que indique código CPT
<input type="checkbox"/> Tercera Opinión para Cirugía	
<input type="checkbox"/> Beneficios de Anestesia	Reporte de Cirugía que indique código CPT, Evidencia de gastos incurridos por Anestesiólogo y Anestesia
<input type="checkbox"/> Indemnización por Pérdida de Ingresos por Hospitalización: () del Asegurado Principal () del Asegurado Acompañante	Resumen de Admisión y Alta (Discharge Summary), Certificación Patronal
<input type="checkbox"/> Beneficio de Asistencia para Alimentos	Gastos incurridos por el asegurado, Evidencia médica que certifique la Incapacidad, Certificación Patronal
<input type="checkbox"/> Indemnización por Defectos y/o Anormalidades Congénitas en Hijos Recién Nacidos	Récord Médico
<input type="checkbox"/> Gastos de Transportación: () Aérea () Ambulancia Aérea () Servicio de Taxi () Transporte Propio () Ambulancia Terrestre	Evidencia de gastos incurridos por el asegurado, Certificación médica justificando el referido, Autorización de la compañía para boletos de avión, Notas de Progreso de las visitas al médico de tratamiento



PARTE A (Continuación)	Instrucciones – Completar este Formulario en todas sus partes
Marque con (X) el beneficio que reclama:	↓ Documentos Requeridos, según cubierta a reclamar ↓
<input type="checkbox"/> Gastos de Transportación Aérea, Hospedaje y Alimentos del Acompañante	Factura de gastos incurridos por un acompañante, Evidencia del Boleto de avión
<input type="checkbox"/> Beneficio por Inmunoterapia	Prescripción médica & Evidencia de gastos incurridos por el asegurado
<input type="checkbox"/> Tratamiento con Rayos X, Radioterapia Braquiterapia, Isótopos Radiactivos, Yodo Radiactivo, Quimioterapia u Otros Tratamientos Especiales	Evidencia de gastos incurridos por usted y su Plan Médico que indique: Fecha de servicio, Descripción del servicio o Nombre del medicamento
<input type="checkbox"/> Terapia Experimental	Notas médicas, Evidencia de gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha y descripción del servicio o nombre del medicamento
<input type="checkbox"/> Manejo del Dolor, Ansiedad y Depresión	Evidencia de gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha y descripción del servicio
<input type="checkbox"/> Canalizando el Estrés	Evidencia de gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha y descripción del servicio
<input type="checkbox"/> Gastos por Pelucas, Postizo, Sombreros, Gorras, Pañuelos, Maquillaje Permanente y Pestañas postizas	Evidencia de gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha de compra y descripción del servicio o artículo
<input type="checkbox"/> Prótesis que no requieran Implante Quirúrgico	Evidencia de gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha de compra y descripción del servicio o artículo
<input type="checkbox"/> Prótesis que requieran Implante Quirúrgico	Reporte de Cirugía, Evidencia de gastos incurridos por el asegurado
<input type="checkbox"/> Equipos Ortopédicos y Otros	Certificación médica que justifique la necesidad del equipo, Evidencia de gastos incurridos por el asegurado que contenga fecha de servicio y descripción
<input type="checkbox"/> Suplementos Nutritivos	Orden médica, Evidencia de gastos incurridos por el asegurado
<input type="checkbox"/> Ama de llaves en el Hogar del Asegurado	Evidencia de gastos incurridos por el asegurado, Orden médica, Evidencia de cheques cobrados o giros emitidos a nombre del Ama de llaves
<input type="checkbox"/> Pañales Desechables	Recibo de compra o factura que indique claramente la fecha y compra de pañales desechables
<input type="checkbox"/> Indemnización por Hogar de Convalecencia	Certificación de la Institución que indique Nombre de Institución, Dirección y Teléfono, Periodo de estadía
<input type="checkbox"/> Hogar de Convalecencia para el Asegurado (como sustituto temporero del Cuidador)	Recibo de pago o factura pagada por el asegurado, Certificación de la Institución que indique Nombre de Institución, Dirección y Teléfono, Periodo de estadía
<input type="checkbox"/> Pruebas de seguimiento	Evidencia de gastos incurridos por el asegurado que indique tipo de estudio realizado y fecha de servicio
<input type="checkbox"/> Relevo de Pago de Primas	Récord médico, Certificación del Médico tratante que indique expectativa de vida 12 meses
<input type="checkbox"/> Beneficio al Cuidador	Certificación médica que indique expectativa de vida de 12 meses, Evidencia de gastos incurridos por el cuidador, Carta del asegurado certificando el nombre de su cuidador
<input type="checkbox"/> Realizando un sueño	Certificación médica que indique expectativa de vida de 12 meses, Asegurado deberá notificar a la compañía el sueño a realizar
<input type="checkbox"/> Cáncer y/o Enfermedad Específica Terminal	Certificación médica que indique expectativa de vida de 12 meses, Notas de progreso mensual del médico tratante
<input type="checkbox"/> Subsidio por Servicios de Energía Eléctrica	Certificación médica que indique expectativa de vida de 12 meses, deberá presentar evidencia de factura de AEE y la misma deberá estar a nombre del asegurado
<input type="checkbox"/> Visita del Médico en el Hogar por Cáncer y/o Enfermedad Específica Terminal	Evidencia de gastos incurridos por el asegurado (recibos de pagos, giros o cheques cobrados)
<input type="checkbox"/> Beneficio por muerte	Acta de defunción (RD-77 Original)
<input type="checkbox"/> Gastos por Traslado del Cadáver	Evidencia del traslado y el recibo de la persona que incurrió en dicho gasto
<input type="checkbox"/> Gastos Fúnebres	Acta de defunción (RD-77 Original), Evidencia de pago que indique nombre de la persona que incurre en dicho servicio

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

- Firmar los Formularios.
- Completar todos los encasillados.
- Incluir documentos requeridos por cubierta solicitada.



SOLICITUD DE BENEFICIOS
CUBIERTA BÁSICA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

PARTE C		- PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DE CABECERA -	
(1) Nombre del Paciente	(2) Diagnóstico (ICD-9 o CPT) Tipo de Cáncer o Enfermedad Especifica		
(3) ¿Cuándo notaron los síntomas por primera vez? Fecha:	(4) ¿Cuándo el paciente le consulto por primera vez para esta condición? Fecha:		
(5) ¿Ha tenido el paciente este síntoma o alguno similar en otra ocasión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí la respuesta es "Sí", favor Explicar: (Indique Fecha) _____	(6) ¿Alguna vez el paciente ha recibido tratamiento o atención médica para condiciones cancerosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí su respuesta es "Sí", explique detalladamente: _____		
(7) Indique fecha y resultados patológicos: Fecha: _____ Resultados: _____			
<p>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).</p>			

INFORME DE SERVICIOS

Fecha de Servicio	Lugar	Describa la naturaleza de los Servicios Prestados (ya sean médicos o quirúrgicos)	Cargos
			\$
			\$
			\$
			\$
Nombre del Médico (en Letra de Molde)		Número de licencia	Especialidad

Dirección Postal del Médico

CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información antes ofrecida está basada en una probabilidad y necesidad médica razonable y que es verdadera y correcta a mi mejor entender. **CERTIFICO**, además, que el paciente bajo mi atención, según aquí indicado, no es cónyuge, pareja consensual ni familiar (directo o indirecto) del que aquí suscribe.

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

TELÉFONO OFICINA

FIRMA DEL PACIENTE
(Aplica solamente cuando es mayor de edad.)

FECHA