

## FORMULARIO SOLICITUD DE BENEFICIOS POR ENDOSOS

<b>PARTE A</b>	<b>INSTRUCCIONES: Favor completar este formulario en todos sus apartados según aplique a su reclamación de beneficios e incluir los documentos que correspondan.</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>SELECCIONE ENDOSO QUE RECLAMA:</b>	<b>&gt; DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>	
<input type="checkbox"/> ESTANCIA EN HOSPITAL	<input type="checkbox"/> <b>Sala de Emergencia:</b> Completar partes A y B del formulario de Reclamación, evidencia de gastos incurridos por el asegurado, notas médicas, y documentos adicionales que se requieran. <input type="checkbox"/> <b>Cuidado Intensivo:</b> Completar partes A, B y C del formulario de Reclamación, factura de hospitalización que indique diagnóstico, fecha de admisión y de alta, "Discharge Summary", y documentos adicionales que se requieran. <input type="checkbox"/> <b>Hospitalización:</b> Completar partes A, B y C del Formulario de Reclamación, "Discharge Summary". <input type="checkbox"/> <b>Convalecencia posterior a Sala de Emergencia, Hospitalización o Cuidado Intensivo:</b> Completar partes A, B y D del Formulario de Reclamación y Certificación Patronal.	
<input type="checkbox"/> MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y OTRAS PERDIDAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Completar partes A-B del formulario de reclamaciones, Querrela, Nota de Progreso, Acta de Defunción (RD-77 Original).</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> TRASPLANTE DE ORGANOS Y OTROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Según Aplique el beneficio descrito en la póliza:</b> Evidencia de todos los gastos incurridos por el asegurado con respecto al Trasplante de Órganos o Tejido, Reporte de Cirugía, Resumen de Admisión y Alta, Notas Médicas, Recibos de compras que indique la descripción del artículo, Boletos de Avión, Certificado Médico, Certificación Patronal y documentos adicionales que sean requeridos</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> PAGO ÚNICO POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lectura de patología donde indique el diagnóstico positivo, u otros adicionales que se requieran. Completar partes A-B del formulario de reclamaciones.</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> PAGO ÚNICO POR PRIMER DIAGNÓSTICO ENFERMEDADES CRÍTICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Completar partes A-B del formulario de reclamaciones</li> <li>▪ Estudio realizado que certifique el diagnóstico</li> </ul>	
<b>-AVISO ANTIFRAUDE-</b>		
<p>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.</p>		
<b>PARTE B</b>	<b>PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (LETRA DE MOLDE)</b>	
1. Número de la póliza:	2. Nombre completo del asegurado principal:	3. Seguro social del asegurado principal:           -
4. Fecha de nacimiento del paciente:	5. Nombre completo del paciente:	6. Seguro social del paciente:           -
7. Teléfono residencial:	8. Dirección postal:	9. Parentesco con el asegurado principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo dependiente
10. Teléfono de la oficina:		12. Nombre de su plan médico
13. Correo electrónico	14. Describa brevemente cómo se produjo el accidente:	15. ¿Dónde ocurrió el accidente?
16. ¿Cuándo ocurrió el accidente o primeros síntomas?	17. Diagnóstico y parte corporal afectada o enfermedad (completar en todos los casos) :	
Fecha/ Hora: _____		
<b>-INCLUYA FACTURA ORIGINAL DE GASTOS INCURRIDOS Y/O HISTORIAL DEL HOSPITAL- NO DEJE APARTADOS SIN COMPLETAR EN ESTE FORMULARIO.</b>		
<p><b>Certificación y/o autorización:</b> 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 <b>MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY</b> cualquier información pertinente a esta solicitud. Autorizo a mi patrono a entregar a <b>MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY</b> información o documentos necesarios para determinar mis beneficios.</p>		
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?  
(Si su respuesta es **Sí**, indicar el período de intensivo) **Sí** **No**

Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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? Si su respuesta es **Sí**, indique el período de hospitalización y el nombre del hospital. **Sí** **No**

Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_  
Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_5. CERTIFICACIÓN MÉDICA POR CONVALECENCIA  
NECESARIA PARA RECUPERACION:

Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

6. NOMBRE DEL MEDICO **(EN LETRA DE MOLDE)**: \_\_\_\_\_

7. NUMERO DE LICENCIA \_\_\_\_\_

8. ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

9. DIRECCIÓN POSTAL DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

**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, 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\_\_\_\_\_  
TELEFONO DE LA OFICINA

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_