

**FORMULARIO SOLICITUD DE BENEFICIOS POR  
MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y OTRAS PÉRDIDAS  
CUBIERTAS POR INDEMNIZACIÓN**

<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>DOCUMENTOS REQUERIDOS:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Completar formulario de Reclamación Parte A y B, Querrela de la Policía, Acta de Defunción (RD-77 Original) y documentos adicionales que sean requeridos.</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>PRÓTESIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Completar formulario de Reclamación Parte A y B, Querrela de la Policía, recibo de pago por los gastos incurridos por el Asegurado por concepto de prótesis para reemplazar el desmembramiento.</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>OTROS BENEFICIOS DEBIDO A TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dislocaciones o Fracturas</li> <li><input type="checkbox"/> Traumas</li> <li><input type="checkbox"/> Quemaduras</li> <li><input type="checkbox"/> Terapias Físicas</li> <li><input type="checkbox"/> Orden Médica para Convalecer en el Hogar debido a Accidente</li> <li><input type="checkbox"/> Visita a Sala de Emergencia o Médico Tratante – por Accidente cuyas pérdidas no estén en la Tabla</li> <li><input type="checkbox"/> Hospitalización por Accidente</li> <li><input type="checkbox"/> Otros: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Según Aplique el beneficio descrito en la póliza:</b> Completar formulario de Reclamación Parte A, B, C y D, Querrela de la Policía, "Discharge Summary", Evidencia de los servicios médicos que le fueron prestados, Certificación Patronal, y documentos adicionales que sean requeridos.</li> </ul>

**-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.

**PARTE B**

**PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (LETRA DE MOLDE)**

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: \_\_\_\_\_

**-INCLUYA FACTURA ORIGINAL DE GASTOS INCURRIDOS Y/O HISTORIAL DEL HOSPITAL-  
NO DEJE APARTADOS SIN COMPLETAR EN ESTE FORMULARIO.**

**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?  
(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: \_\_\_\_\_