

FORMULARIO DE RECLAMACION DE MUERTE
(NATURAL O ACCIDENTAL)

DECLARACION DEL RECLAMANTE									
1. Nombre del asegurado					Fecha de Nacimiento				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial	Día	Mes	Año	Seguro Social
2. Detalle la(s) póliza(s) bajo la cual se está reclamando.									
Núm. de Póliza			Monto de Seguro de Vida			Monto Muerte Accidental			
a)			\$			\$			
b)			\$			\$			
c)			\$			\$			
3. Nombre del Beneficiario					Fecha de Nacimiento		Seguro Social		
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial	Día	Mes	Año	Teléfono:
Dirección Postal:									
E-mail:									
Urb. PO Box, HC, RR, Barrio		Núm./ Calle		Ciudad	País	Zona Postal			
4. Detalle la relación con el Asegurado: _____									
AVISO IMPORTANTE: En reclamaciones cuya vigencia de la póliza sea menos de dos (2) años, debe someter un Certificado de Defunción, modelo RD-77 Rev. 01/89 . Por otro lado, si el asegurado falleció fuera de Puerto Rico, favor de someter Resumen de Alta del Hospital donde falleció. Para otros documentos, véase al reverso.									
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO									
1. Causa de la muerte: _____					2. Fecha de la Muerte: Mes: _____ Día: _____ Año: _____				
3. Indique los nombres y especialidades de los médicos que visitó el asegurado durante los últimos tres (3) años.									
a) Nombre:					Especialidad:		Fecha de Servicio:		
Dirección Postal:					Teléfono:		Diagnóstico:		
Urb, PO Box, HC, RR		Núm./Calle		Ciudad	País	Zona Postal			
b) Nombre:					Especialidad:		Fecha de Servicio:		
Dirección Postal:					Teléfono:		Diagnóstico:		
Urb, PO Box, HC, RR		Núm./Calle		Ciudad	País	Zona Postal			
4. Indique los nombres de hospitales y/o centros de tratamientos que visitó el asegurado durante los últimos tres (3) años.									
Nombre del Hospital y dirección					Fecha de la hospitalización		Diagnóstico:		
APLICA PARA LA PÓLIZA DE CANCER SOLAMENTE:					6. Estado civil del hijo dependiente:				
5. Si el reclamante es hijo dependiente mayor de 21 años, favor de incluir Certificación de Estudiante.					☐ Casado ☐ Soltero ☐ Separado				
Certifico que yo soy el reclamante en esta declaración de pruebas de muerte, que la información arriba provista es la verdad, que la misma está completa y que la persona aquí descrita es la asegurada bajo las pólizas enumeradas en el encasillado número dos (2). Estoy de acuerdo que todos los expedientes y / o declaraciones sometidas por los médicos, hospitales, Centro de Diagnósticos u otras instituciones con respecto al asegurado y toda otra documentación pertinente será considerada como parte de las pruebas de muerte. Entiendo que cuando Triple-S Vida, Inc., provee formas de reclamación, esta acción no se puede considerar como una admisión de que el seguro estaba vigente, y no constituye una renuncia a los derechos o defensas de la Compañía. AVISO IMPORTANTE: 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 presentare 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) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) 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. Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008. ☐ Solicito pago en cheque solamente. Estoy cancelando cualquier autorización previa de depósito directo a mi cuenta. ☐ Estoy notificando que mi número de cuenta bancaria cambió.									
Firma del Beneficiario: _____					Fecha _____				
Testigo: _____					Fecha _____				
(Un testigo es necesario cuando la firma es por marca)									
Firma: _____					Débito _____				
Gerente, Supervisor o Representante Autorizado									
¿DESEA RECIBIR SU PAGO DE BENEFICIO DE MANERA RAPIDA Y SEGURA? <u>Autorización para Pagos Electrónicos de Beneficios a Reclamantes</u> Autorizo a Triple-S Vida a realizar entradas a mi cuenta bancaria personal por el importe de pago de los beneficios reclamados para la(s) póliza(s) de Triple-S Vida que poseo o soy beneficiario. Cualquier cambio de cuenta u orden particular para revocar esta autorización, entiendo debo someterla por escrito con treinta (30) días de anticipación. <u>Incluyo copia de un cheque cancelado o cualquier otra evidencia oficial</u>. En mi cuenta: ☐ Cheque ☐ Ahorro									
Nombre y Sucursal del Banco			Número de ruta y tránsito			Núm. de cuenta bancaria			
Nombre del Titular de la cuenta			Firma Titular de la cuenta			Correo Electrónico (E-mail)			
Firma Autorizada			Fecha de autorización			☐ Autorizo a Triple-S Vida, Inc., a enviarme la notificación de depósito de pago a mi correo electrónico (e-mail).			

NOTA IMPORTANTE: EL INFORME DEL MEDICO DE CABECERA SERA CUMPLIMENTADO EN CASO DE QUE LA RECLAMACIÓN SEA SOMETIDA BAJO UNA POLIZA CON MENOS DE DOS AÑOS DE VIGENCIA.

INFORME DEL MEDICO DE CABECERA				
1. Nombre del Paciente:				Edad
2. Diagnóstico:			Fecha de los primeros síntomas: M____ D____ A____	
3. Fecha del Accidente (si aplica) (M) _____ (D) _____ (A) _____		Si hubo fractura, ¿se corroboró con rayos X? ☐ Sí ☐ No		
4. En caso de accidente, ¿dónde recibió el primer tratamiento? _____				
5. Indique el nombre del o los médicos que atendieron o le refirieron al paciente por alguna enfermedad que afectó la causa de su muerte: (FAVOR DE INDICAR AL BENEFICIARIO QUE INCLUYA LAS DIRECCIONES Y TELEFONOS DE ESTOS MEDICOS)				
NOMBRE		ESPECIALIDAD		ENFERMEDAD O LESION
6. ¿Tuvo el paciente una enfermedad igual o similar a ésta? ☐ Sí ☐ No				
Si contesta afirmativo, indique cuándo: (M) _____ (D) _____ (A) _____				
Describe: _____				
7. Describa cualquier enfermedad crónica o aguda que el paciente padeció:				
ENFERMEDAD			FECHA DE COMIENZO	
8. Describa cualquier otra enfermedad o dolencia que afectó la causa de muerte.				

9. ¿Ha tenido el paciente alguna cirugía? ☐ Sí ☐ No Fecha (M) _____ (D) _____ (A) _____ (Favor incluir reporte de cirugía)				
10. ¿Estuvo el paciente hospitalizado o recibió tratamiento ambulatorio por alguna enfermedad o lesión? ☐ Sí ☐ No				
Si contesta afirmativo, indique nombre del hospital y dirección, enfermedad o lesión y fechas de estadía:				
HOSPITAL		ENFERMEDAD O LESION		FECHAS
				Desde: (M) _____ (D) _____ (A) _____ Hasta: (M) _____ (D) _____ (A) _____
				Desde: (M) _____ (D) _____ (A) _____ Hasta: (M) _____ (D) _____ (A) _____
11. Información Adicional:				

12. Certificación y Firma:				
Certifico que la información arriba indicada en mi opinión realmente describe la condición del paciente y la duración aproximada de la misma, y que soy un médico autorizado a ejercer mi profesión.				
Nombre		Especialidad		Número de licencia
Dirección				Teléfono:
Barrio / Urb / RR / HC / P0 BOX		Núm. / Avenida / Calle		
		Ciudad	País	Código Postal
Firma:			Fecha:	

NOTA PARA EL BENEFICIARIO Y/O RECLAMANTE

Antes de enviar este formulario a la oficina central, favor de verificar que el mismo está cumplimentado en su totalidad y se incluyan los siguientes documentos:

1. Póliza original o declaración por la pérdida de la misma.

2. Certificado de nacimiento o bautismo.

3. Libreta de pago de primas.
4. Certificado de Defunción en original.

5. Identificación con retrato y firma del reclamante.

6. Copia del Seguro Social del reclamante.

En situaciones especiales:

1. Si la muerte se debe a homicidio o accidente debe someter:

a. informe final de la policía.

b. Informe de autopsia y toxicología.

c. Autorización para solicitar informe de autopsia (Homicidio)

2. Si el beneficiario o uno de ellos es menor de edad debe someter:

a. Certificado de nacimiento del menor en original.

b. Copia Certificada del documento mediante el cual se nombra al tutor del menor.

c. Nombre y dirección postal del tutor del menor.

3. Si al momento de fallecer el asegurado no ha sobrevivido el beneficiario designado y no hay otro beneficiario nombrado debe someter:

a. Certificado de Defunción del beneficiario.

b. Declaratoria de herederos del asegurado en original.
4. Si al momento de fallecer el asegurado, el beneficiario fallece posterior al asegurado y no hay otro beneficiario nombrado, debe someter:

a. Certificado de Defunción en original del beneficiario.

b. Declaratoria de herederos del beneficiario en original.

5. Si al momento de fallecer el asegurado no ha sobrevivido el beneficiario primario, pero vive el beneficiario contingente debe someter.

a. Certificado de Defunción del beneficiario.