

ASEGURADO						
Nombre del Asegurado				Seguro Social / /		Núm. Póliza
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial			
Nombre del Paciente				Seguro Social / /		Fecha Nacimiento / /
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial			Mes Día Año
Parentesco		Teléfono		Teléfono Celular		E-mail
Dirección Postal		Urb., PO Box, HC, RR		Número / Calle	Ciudad	País Zona Postal
Dirección Residencial		Urb., PO Box, HC, RR		Número / Calle	Ciudad	País Zona Postal

INFORMACION DEL PACIENTE	
1. ¿Qué condición le fue diagnosticada? _____	
2. ¿Cuándo ocurrió el accidente? _____	/ / Mes Día Año
3. ¿Cuándo visitó al médico por primera vez por esta lesión? INCLUYA FACTURA DEL PRIMER TRATAMIENTO DE EMERGENCIA (SI APLICA)	
Mes Día Año	
4. ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?	
5. Favor de incluir el Reporte de la Policía (si aplica)	
6. ¿Ha sido tratado por algún otro médico durante los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó afirmativo, favor de indicar el nombre o los nombres, especialidades de los médicos que visitó y el diagnóstico: _____	
7. ¿Ha estado hospitalizado a consecuencia del accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre	Fecha de Servicio / / Mes Día Año
Especialidad	Diagnóstico
Dirección Postal Urb., PO Box, HC, RR Número / Calle Ciudad País Zona Postal	
Teléfono	
Nombre	Fecha de Servicio / / Mes Día Año
Especialidad	Diagnóstico
Dirección Postal Urb., PO Box, HC, RR Número / Calle Ciudad País Zona Postal	
Teléfono	
Nombre	Fecha de Servicio / / Mes Día Año
Especialidad	Diagnóstico
Dirección Postal Urb., PO Box, HC, RR Número / Calle Ciudad País Zona Postal	
Teléfono	
8. ¿Continúa bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____	
9. Si el paciente es hijo dependiente mayor de 21 años, favor incluir Certificación de Estudiante.	
10. Estado civil del hijo dependiente: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado	

AVISO IMPORTANTE
<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 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Solicito pago en cheque solamente. Estoy cancelando cualquier autorización previa de depósito directo a mi cuenta.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy notificando que mi número de cuenta bancaria cambió.</p>

Firma del Asegurado Primario

Fecha

¿DESEA RECIBIR SU PAGO DE BENEFICIO DE MANERA RAPIDA Y SEGURA? <u>Autorización para Pagos Electrónicos de Beneficios a Reclamantes</u>		
<p>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>Favor incluir copia de un cheque cancelado o cualquier otra evidencia oficial.</u></p>		
Nombre y Sucursal del Banco	Número de ruta y tránsito	Número de cuenta bancaria
Nombre del Titular de la cuenta	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro	Correo Electrónico (E-mail)
Firma Autorizada	Fecha de autorización	<input type="checkbox"/> Autorizo a Triple-S Vida, Inc., a enviarme la notificación de depósito de pago a mi correo electrónico (e-mail).

INFORME DEL MEDICO DE CABECERA (en caso de desmembramiento debe ser cumplimentado por el médico que lo incapacitó)

Nombre del Paciente		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Edad	
Diagnóstico:							
Fecha del Accidente		Mes / Día / Año	Sí hubo fractura, ¿se corroboró con rayos X? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Fecha de la primera consulta por la condición que reclama		Mes / Día / Año	Hora: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Lugar: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Sala Emergencias		
¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?							
a. Si la lesión requirió de cirugía o reparación de tendones y ligamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____							
b. En caso de que el tratamiento incluyera sutura, indique el tamaño de cada una de las laceraciones que requirieron suturas: Explique: _____							
c. En caso de quemadura, indique el grado de la quemadura y el tamaño del área afectada en el porciento que le corresponde en relación a la superficie total del cuerpo Explique: _____							
¿Ha tenido el paciente una lesión igual o similar a ésta anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta afirmativo,							
Indique cuándo:		Fecha: Mes / Día / Año	Describa: _____				
Indique el período de incapacidad del paciente:				Desde	Fecha: Mes / Día / Año	Hasta	Fecha: Mes / Día / Año
¿Ha tenido el paciente alguna cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Favor incluir reporte de cirugía)</i>							
Si hubo desmembramiento, indique extremidad y localización:							Mes / Día / Año
En caso de pérdida de visión o de uno o ambos ojos, ¿fue esta pérdida total e irrecuperable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique e indique grado:							
¿Ha estado el paciente hospitalizado o ha recibido tratamiento ambulatorio por alguna enfermedad o lesión? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si; indique lo siguiente:							
Hospital		Diagnóstico		Desde (m, d, a) / /		Hasta (m, d, a) / /	
Hospital		Diagnóstico		Desde (m, d, a) / /		Hasta (m, d, a) / /	
Información Adicional:							
(Incluir Sello Oficial)							
Firma del Médico				Nombre en Letra de Molde			
Especialidad			Número de Licencia		Fecha		
Dirección					Teléfono		
CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL							
Nombre del Paciente		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Seguro Social / /	
Dirección		Urb, PO Box, HC, RR	Número / Calle	Ciudad	Pais	Zona Postal	Edad Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dx:					Servicio: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio		
Nombre completo del médico que lo hospitalizó:							
Hospitalización Cuarto Regular:				Desde (m, d, a) / /	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Hasta (m, d, a) / /	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
Unidad Cuidado Intensivo: <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> PICU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> Otra: _____				Desde (m, d, a) / /	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Hasta (m, d, a) / /	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
Indique admisiones previas:					Desde (m, d, a)		Hasta (m, d, a)
Dx:					/ /		/ /
Dx:					/ /		/ /
Nombre del Hospital (Incluir Sello de la Institución)					Récord Núm.		
Firma Autorizada					Título		
Nombre en Letra de Molde					Fecha		
AVISO IMPORTANTE: EN CASO DE QUE EL HOSPITAL NO COMPLETE LA CERTIFICACIÓN, SE ACEPTARA COPIA DEL RESUMEN DE ADMISIÓN Y EL DE ALTA Y DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, LA CERTIFICACIÓN DE HORAS O LAS NOTAS DE ENFERMERA.							