

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POLIZA DE CANCER PRIMER DIAGNOSTICO

ASEGURADO						
Nombre del Asegurado		Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre Inicial
Seguro Social		/		/		Núm. Póliza
Nombre del Paciente		Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre Inicial
Seguro Social		/		/		Fecha Nacimiento
Mes		Día		Año		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
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. Diagnóstico ¿qué condición le fue diagnosticada?						
2. ¿Cuándo sintió los primeros síntomas de su enfermedad? (m, d, a)						
3. ¿Cuándo visitó al médico por primera vez por esta enfermedad? (m, d, a)						
4. ¿Ha sido tratado por algún otro médico durante los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique médicos, nombres, especialidades, teléfono y diagnóstico:						
Nombre		Especialidad		Diagnóstico		Fecha de Servicio / / Mes Día Año
Dirección Postal		Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle Ciudad		País Zona Postal Teléfono
Nombre		Especialidad		Diagnóstico		Fecha de Servicio / / Mes Día Año
Dirección Postal		Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle Ciudad		País Zona Postal Teléfono
Nombre		Especialidad		Diagnóstico		Fecha de Servicio / / Mes Día Año
Dirección Postal		Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle Ciudad		País Zona Postal Teléfono
5. ¿Ha estado hospitalizado durante los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Nombre del hospital		Fecha de hospitalización (m, d, a)			Diagnóstico	
Nombre del hospital		Fecha de hospitalización (m, d, a)			Diagnóstico	
6. Favor indicar ocupación y cuándo cesaron sus labores (m, d, a)						
7. Si el paciente es hijo dependiente mayor de 21 años, favor incluir Certificación de Estudiante.					8. Estado civil hijo dependiente: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> separado	
<p>Certifico que yo soy el reclamante en esta declaración de prueba de diagnóstico, 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 aquí enumeradas. 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 diagnóstico. 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Solicito pago en cheque solamente. Estoy cancelando cualquier autorización previa de depósito directo a mi cuenta. <input type="checkbox"/> Estoy notificando que mi número de cuenta bancaria cambió.</p>						
Firma del Beneficiario: _____					Fecha _____	
Testigo de la marca: _____					Fecha _____	
Firma: _____					Débito _____	
Autorización para Pagos Electrónicos de Beneficios a Reclamantes						
<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. Incluyo copia de un cheque cancelado o cualquier otra evidencia oficial. En mi cuenta: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro</p>						
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		<input type="checkbox"/> Autorizo a Triple-S Vida, Inc., a enviarme la notificación de depósito de pago a mi correo electrónico (e-mail).		

CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

Nombre del Paciente					/ /	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial	
Dirección					Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad		
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) / /
Unidad de Cuidado Intensivo: (Especifique) <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> PICU <input type="checkbox"/> NICU Otra: _____				Desde (m, d, a) / /	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Hasta (m, d, a) / /
Indique admisiones previas: _____ Dx: _____				Desde (m, d, a) / /	Hasta (m, d, a) / /	
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.						

INFORME DEL MEDICO DE CABECERA

Nombre del Paciente					Edad	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Inicial	
Diagnóstico: _____						
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
Indique la evolución de la condición que reclama: _____						
Indique el nombre del médico o los médicos que hayan atendido o referido al paciente por alguna enfermedad relacionada: (FAVOR INDICAR AL ASEGURADO QUE INCLUYA LAS DIRECCIONES Y TELEFONOS DE ESTOS MEDICOS)						
Nombre		Especialidad		Diagnóstico		Fecha: Mes / Día / Año
Nombre		Especialidad		Diagnóstico		Fecha: Mes / Día / Año
¿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 e indique si hubo estudios, biopsias, laboratorios, etc.: _____						
Indique el período de incapacidad del paciente:			Desde	Fecha: Mes / Día / Año	Hasta	Fecha: Mes / Día / Año
Describa cualquier enfermedad crónica o aguda que el paciente haya padecido anteriormente e indique fecha de cada una:						
Enfermedad: _____				Fecha de comienzo	Mes / Día / Año	
Enfermedad: _____				Fecha de comienzo	Mes / Día / Año	
¿Ha tenido el paciente alguna cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Favor incluir reporte de cirugía)						
¿Ha estado el paciente hospitalizado o ha recibido tratamiento ambulatorio por alguna enfermedad o lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta afirmativo, indique nombre del hospital, diagnóstico y fechas de estadía:						
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	
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad	País	Zona Postal