

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y ADMINISTRACION

ASEGURADO						
Nombre del Asegurado				Seguro Social / /		Núm. Póliza
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial
Nombre del Paciente				Seguro Social / /		Fecha Nacimiento / / Mes Día Año
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial
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

DETALLE AQUÍ LOS SERVICIOS						
FECHA			CODIGO DE SERVICIO	NUM. DE SERVICIOS	DESCRIBA EN DETALLES LOS SERVICIOS QUIRURGICOS, QUIMIOTERAPIA, RADIO TERAPIA Y ADMINISTRACION	CARGOS POR SERVICIOS
MES	DIA	AÑO				
Diagnostico (Código Icd9/Icd10)						

Nombre del Proveedor		Teléfono(s)		Certifico que los Servicios Médicos fueron prestados por mi o bajo mi dirección. <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> _____ Firma del Médico o Proveedor </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> _____ Fecha </div>
Dirección		Especialidad		
		NPI		
		Núm. Licencia		

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 hiciera 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? Autorización para Pagos Electrónicos de Beneficios a Reclamantes		
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>		
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).