

Formulario de Indemnización

Cubierta Básica de Cáncer y Enfermedades Temidas

PARA AGILIZAR EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN, RECUERDE:

- Seleccionar Beneficio a reclamar en Parte A.
 - Completar todos los encasillados de la Parte B.
 - Completar Parte C de ser necesario.
- Incluir documentos requeridos por Beneficio solicitado.
 - Requerido completar la parte de Pago Electrónico (ACH).
 - Enviar vía E-mail a: claims@multinationalpr.com

- ☐ CÁNCER PLAN PLATINO (X)
- ☐ CÁNCER PLAN OPTIMO (Q)
- ☐ ADVANTAGE (N)
- ☐ MILLENIUM (M)
- ☐ OTRO

PARTE A

INSTRUCCIONES: Favor completar este formulario en todos sus apartados según aplique a su reclamación de beneficios e incluir los documentos que correspondan.

✓ SELECCIONE EL BENEFICIO QUE RECLAMA:	DOCUMENTOS REQUERIDOS:
☐ 1. Indemnización por el Primer Diagnóstico de Cáncer y Enfermedades Temidas	Lectura de Patología donde indique diagnóstico positivo de Cáncer o resultado del laboratorio o estudio que certifique la enfermedad temida a reclamar. Completar Parte C.
☐ 2. Indemnización por Hospitalización	Resumen de admisión y alta (Discharge Summary) que indique fecha de admisión y alta. Factura de Hospitalización que indique diagnóstico.
☐ 3. Indemnización por Hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo	Factura de hospital desglosada que indique tiempo en Unidad de Intensivo y diagnóstico.
☐ 4. Beneficios de Cirugías	Reporte de cirugía que indique código CPT.
☐ 5. Tratamiento con Rayos X, Radioterapia, Braquiterapia, Isótopos Radioactivos, Yodo Radioactivo, Quimioterapia u Otros Tratamientos Especiales	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado y/o su plan médico que indique: fecha de servicio, descripción del servicio o nombre del medicamento.
☐ 6. Médico de Cabecera	Factura de Gastos de visitas médicas, mientras esté hospitalizado.
☐ 7. Beneficio de Servicio de Enfermera Privada	Orden del Médico Tratante de Medicina Natural. Evidencia de pago que indique nombre, dirección, número de licencia, fecha de servicio, turno trabajado y la cantidad pagada.
☐ 8. Gastos de Funeral	Certificado de defunción (RD-77 original) que indique la(s) causa(s) de la muerte. Evidencia de pago por la persona que incurra en los gastos.

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 ☐ Cónyuge ☐ Hijo dependiente
10. Teléfono de la oficina:		11. Correo electrónico:
12. Fecha de diagnóstico o biopsia positiva:	13. Diagnóstico (tipo de cáncer o enfermedad específica bajo el cual reclama)	

14. ¿Alguna vez ha recibido usted tratamiento o atención médica para condiciones de cáncer?: ☐ Sí ☐ No

Sí su respuesta es Sí, explique detalladamente:

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

Departamento de Reclamaciones: Tel. (787) 758-1097 / E-mail: claims@multinationalpr.com
PO Box 366107, San Juan, PR 00936-6107 / 470 Ave. Ponce De León, San Juan, PR 00918



www.multinationalpr.com

MLRec-CCB-01 | Rev. 06/25

PARTE C

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DE CABECERA

1. Nombre del paciente:	2. Diagnóstico (ICD-9 o CPT) tipo de cáncer o enfermedad específica:
3. ¿Cuándo notaron los síntomas por primera vez? Fecha:	4. ¿Cuándo el paciente le consultó por primera vez para esta condición? Fecha:
5. ¿Ha tenido el paciente este síntoma o alguno similar en otra ocasión? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es “Sí”, favor explicar (Indique fecha):	6. ¿Alguna vez el paciente ha recibido tratamiento o atención médica para condiciones cancerosas? ☐ Sí ☐ No Si su respuesta es “Sí”, explique detalladamente:

7. Indique fecha y resultados patológicos: Fecha: _____

Resultados: _____

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)

INFORME DE SERVICIOS

Fecha de Servicio	Lugar	Describa la naturaleza de los servicios prestados (ya sean médicos o quirúrgicos)	Cargos
			\$
			\$
			\$
			\$
Nombre del médico (en letra de molde):		Número de licencia:	Especialidad:
Dirección postal del médico:			

.....

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. CERTIFICO, además, que el paciente bajo mi atención, según aquí indicado, no es cónyuge, pareja consensual, ni familiar (directo o indirecto) del que aquí suscribe.

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

TELÉFONO DE LA OFICINA

FIRMA DEL PACIENTE
(Aplica solamente cuando es mayor de edad)

FECHA

PAGO ELECTRÓNICO (ACH)

Favor de completar esta parte para realizar el trámite de pago directo por medio de ACH.

Nombre del Banco: _____

Nombre del Dueño de la Cuenta: _____

Número de Cuenta Bancaria: _____

Confirmar Número de Cuenta Bancaria: _____

Número de Ruta y Tránsito (ABA): _____

Tipo de Cuenta: ☐ Cheque ☐ Ahorro

CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información aquí ofrecida por mi es cierta y correcta, que la misma es ofrecida con el único propósito de inducir a la Compañía a pagar por el reclamo sometido a Multinational Life Insurance Company.

NOMBRE DEL RECLAMANTE (LETRA DE MOLDE)

FECHA

FIRMA DEL RECLAMANTE

**Multinational Life Insurance Company estará realizando el pago al número de cuenta provisto por usted. De haber algún error en el número de cuenta provisto, no nos haremos responsables por el recobro del mismo.*