Multinational
Life Insurance Company
Seguro te Responde

Formulario de Indemnización *por Cubierta Básica*

VITAL 360°
...PORQUE TU VIDA DA UNA VUELTA

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**

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. Beneficio Hospital	Resumen de admisión y alta (Discharge Summary) que indique fecha de admisión y alta. Factura de Hospitalización que indique diagnóstico.
☐ 2. Drogas y Medicinas por prescripción médica	Paciente hospitalizado: Desglose de factura de la hospitalización y Resumen de Alta (Discharge Summary).
☐ 3. Beneficio de Cubierta Extendida	Resumen de admisión y alta (Dishcarge Summary) que indique fecha de admisión y alta.
☐ 4. Beneficio de Servicio de Enfermera	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.
☐ 5. Beneficio de Médico de Cabecera	Factura de gastos de visita mientras está hospitalizado
☐ 6. Beneficio de Anestesia	Reporte de cirugía que indique código CPT. Evidencia de pago por gastos incurridos por anestesiólogo y anestesia.
☐ 7. Beneficios de Tratamiento con Rayos X, Radioterapia de Isótopos Radioactivos y Quimioterapia	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.
☐ 8. Beneficio de Sangre y Plasma	Desglose de factura de la hospitalización que realiza la transfusión.
☐ 9. Beneficio de Ambulancia	Factura y Recibo de Pago.
☐ 10. Beneficio Transportación (☐) Aérea (☐) Servicio de Taxi (☐) Ambulancia Aérea (☐) Transporte Propio (☐) Ambulancia Terrestre	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado, certificación médica justificando el referido, autorización de la compañía para boletos de avión, notas de progreso de las visitas al médico de tratamiento.
☐ 11. Transportación Aérea y Hospedaje al Acompañante	Evidencia de pagos por gastos incurridos por un acompañante, evidencia del boleto de avión.
☐ 12. Beneficios de Cirugías	Reporte de cirugía que indique código CPT.
☐ 13. Prótesis del Seno y Otras Prótesis (☐) Prótesis de Seno (☐) Tratamientos Esteticos (☐) Otras Prótesis	Reporte de cirugía que indique CPT. Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha de compra y descripción del servicio o artículo.
☐ 14. Reconstrucción del Seno	

PARTE A *(Continuación)*	**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:**
☐ 15. Beneficio por 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.
☐ 16. Indemnización por Pérdida de Ingresos	Resumen de admisión y alta (Discharge Summary), certificación patronal.
☐ 17. Beneficio de Cuidado Intensivo en Hospital	Factura de hospital desglosada que indique tiempo en Unidad de Intensivo y diagnóstico.
☐ 18. En caso de que usted sea Hospitalizado en un Hospital del Gobierno de los Estados Unidos o en un Hospital Público del ELA.	Resumen de admisión y alta (Dishcarge Summary) que indique fecha de admisión y alta. Factura de Hospitalización que indique diagnóstico.
☐ 19. Hogar de Convalecencia	Certificación de la institución que indique nombre de la institución, dirección y teléfono, período de estadía.
☐ 20. 1er Diagnóstico de Cáncer y Enfermedades Específicas	Lectura de Patología donde indique diagnóstico positivo de Cáncer o resultado del laboratorio o estudio que certifique la enfermedad específica a reclamar. Completar Parte C.
☐ 21. Beneficio para Cáncer de la Piel	Reporte de cirugía que indique código CPT.
☐ 22. Tabla de Operaciones	Reporte de cirugía que indique código CPT.
☐ 23. Pruebas de Prevención (☐) Mamografía (☐) Pap Test (☐) PSA (☐) CA 125 (☐) Colonoscopía (☐) Sangre oculta heces	Evidencia de pago por gastos incurridos y lectura de prueba de prevención realizada. (Aplica Asegurado Principal hasta un maximo de $125.00 por año póliza).
☐ 24. Servicio de Ama de Llaves en el Hogar	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado, orden médica, evidencia de cheques cobrados o giros emitidos a nombre del ama de llaves.
☐ 25. Terapia clasificada Experimental	Notas médicas, evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado que indique: fecha y descripción del servicio o nombre del medicamento.
☐ 26. Gastos por Pañales Desechables	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado o factura que indique claramente la fecha y compra de pañales desechables.
☐ 27. Medicina alternativa, Yoga-Terapia, Terapia del Dolor y Acupuntura	Evidencia de pago por gastos incurridos por el asegurado.
☐ 28. Pruebas de Mantenimiento	Resultado y factura del estudio realizado que contenga la fecha de servicio.
☐ 29. Alivio Extremo	Certificación médica que contenga el diagnóstico con una expectativa de vida de 6 meses o menos, evidencia de gastos incurridos por el asegurado principal.
☐ 30. Cirugía (☐) Segunda Opinión (☐) Tercera Opinión	Importante: Notas médicas de la primera opinión, para poder reclamar Segunda y Tercera opinión, reporte de cirugía que indique código CPT.
☐ 31. Cáncer Terminal en el Hogar	Certificación médica que indique Cáncer Terminal por la cual ha sido dado de alta de un hospital.
☐ 32. Ajuste en Beneficios por Costo de Vida	Beneficio aplica desde el tercer año póliza y durante 5 años consecutivos aumentará un 3% annual.

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 especifica bajo el cual reclama)	

14. ¿Alguna vez ha recibido usted tratamiento o atención médica para condiciones de cáncer?: ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es Sí, explique detalladamente:

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.

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

Nota: Si el Asegurado Principal o Paciente no puede firmar, favor de hacer una equis (X) y un testigo deberá firmar (abajo) e indicar la razón por la cual el Asegurado Principal no puede firmar.

_____
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO

_____ _____
FIRMA DEL TESTIGO FECHA

Razón por la cual el Asegurado Principal no puede firmar: _____

_____

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)

_____ _____
FIRMA DEL RECLAMANTE FECHA

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.

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 especifica:
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