

Formulario de Indemnización por Aditamentos Vital 360 y Otras Pólizas

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)

☐ VITAL 360

☐ 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 BENEFICIOS QUE RECLAMA:	DOCUMENTOS REQUERIDOS:	
☐ 1. HOSPITALIZACIÓN	Completar partes A, B y C y Discharge Summary.	
☐ 2. INTENSIVO	Cuidado Intensivo: Completar partes A, B y C del formulario de Reclamaciones, factura de hospitalización que indique diagnóstico, fecha de admisión y de alta, "Discharge Summary", Notas de Admisión y documentos adicionales que se requieran.	
☐ 3. EMERGENCIA	Sala de Emergencia por Enfermedad: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones y notas médicas.	
☐ 4. CONVALECENCIA POR ENFERMEDAD	Convalecencia posterior a Sala de Emergencia, Hospitalización o Cuidado Intensivo: Completar partes A, B y D del formulario de Reclamaciones. Certificado Patronal o Certificado del Colegio según aplique.	
ADITAMENTO DE MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y OTRAS PÉRDIDAS CUBIERTAS:		
☐ 5. MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	Completar formulario de Reclamación Parte A y B, Querella de la Policía, Acta de Defunción (RD-77 Original) y documentos adicionales que sean requeridos.	
☐ 6. PRÓTESIS	Completar formulario de Reclamación Parte A y B, Querella de la Policía, recibo de pago por los gastos incurridos por el Asegurado por concepto de prótesis para reemplazar el desmembramiento.	
☐ 7. OTROS BENEFICIOS DEBIDO A TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE	☐ Dislocaciones o Fracturas: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones. Según aplique notas médicas por Sala de Emergencia, "Discharge Summary" por Hospitalización y/o Evidencia de Servicios Médicos prestados. ☐ Traumas: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones. Según aplique notas médicas por Sala de Emergencia, "Discharge Summary" por Hospitalización y/o Evidencia de Servicios Médicos prestados. ☐ Quemaduras: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones. Según aplique notas médicas por Sala de Emergencia, "Discharge Summary" por Hospitalización y/o Evidencia de Servicios Médicos prestados. ☐ Terapias Físicas: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones. Según aplique "Discharge Summary" por Hospitalización y/o Evidencia de Servicios Médicos prestados. ☐ Orden Médica para Convalecer en el Hogar debido a Accidente: Completar partes A, B y D del formulario de Reclamaciones. Certificado Patronal o Certificado del Colegio según aplique. ☐ Visita a Sala de Emergencia o Médico Tratante por Accidente cuyas pérdidas no estén en la Tabla: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones y notas médicas. ☐ Hospitalización por Accidente: Completar partes A, B y C y Discharge Summary. ☐ Otros: _____	

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, ayude 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. Nombre de su plan médico
12. Correo electrónico:	13. Describa brevemente cómo se produjo el accidente:	14. ¿Dónde ocurrió el accidente?
15. ¿Cuándo ocurrió el accidente o primeros síntomas? Fecha/ Hora: _____	16. Diagnóstico y parte corporal afectada o enfermedad (completar en todos los casos):	

**INCLUYA FACTURA ORIGINAL DE GASTOS INCURRIDOS Y/O HISTORIAL DEL HOSPITAL
NO DEJE APARTADOS SIN COMPLETAR EN ESTE FORMULARIO.**

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

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 HOSPITAL (No aplica en caso de Sala de Emergencia y/o Hospitalización Ambulatoria)		
1. NOMBRE DEL HOSPITAL: _____		
2. DIRECCIÓN POSTAL DEL HOSPITAL: _____		
3. CERTIFICO QUE EL PACIENTE: _____		
Fue Hospitalizado(a)	Desde: (Admisión)	Hasta: (Alta)
4. FAVOR INDICAR SI ESTA HOSPITALIZACIÓN FUE DEBIDO A: ☐ Accidente. Fecha en que ocurrió el accidente: _____ ☐ Enfermedad. Fecha de los primeros síntomas: _____	5. DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE Y CÓDIGO ICD-9: _____	
6. ¿EL PACIENTE ESTUVO EN SALA DE INTENSIVO? ☐ Sí Desde: _____ Hasta: _____ (Si su respuesta es Sí, indicar el período de intensivo) ☐ No		
_____ Nombre de oficial de admisiones u oficial autorizado _____ Firma oficial de admisiones u oficial autorizado	_____ SELLO OFICIAL DEL HOSPITAL	_____ Fecha
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)		
PARTE D PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO (Solamente si hubo convalencia)		
1. NOMBRE DEL PACIENTE: _____	2. DIAGNÓSTICO Y CÓDIGO ICD-9: _____	
3. ¿EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO? ☐ Sí Desde: _____ Hasta: _____ Si su respuesta es Sí, indique el período de hospitalización y el nombre del hospital. ☐ No		
4. NOMBRE DEL HOSPITAL: _____		
5. CERTIFICACIÓN MÉDICA POR CONVALENCIA NECESARIA PARA RECUPERACIÓN: _____ Desde: _____ Hasta: _____		
6. NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA DE MOLDE): _____	7. NÚMERO DE LICENCIA _____	8. ESPECIALIDAD _____
9. DIRECCIÓN POSTAL DEL MÉDICO: _____		
CERTIFICACIÓN: Certifico que la información antes ofrecida está basada en una probabilidad y necesidad medica razonable y que es verdadera y correcta a mi mejor entender, que impiden la realización de tareas cotidianas o laborales del paciente. El tiempo para convalencia no fue sugerido ni solicitado por el paciente.		
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA	TELÉFONO DE LA OFICINA
COMENTARIOS: _____		

