

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA SUPLEMENTOS DE ACCIDENTE
(HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE EMERGENCIA AMPLIADO)

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

INFORMACION DEL PACIENTE			
1. Diagnóstico ¿qué condición le fue diagnosticada? _____			
2. ¿Cuándo ocurrió el accidente? _____			/ /
			Mes Día Año
3. ¿Cuándo visitó al médico por primera vez por esta lesión? INCLUYA FACTURA DEL PRIMER TRATAMIENTO DE EMERGENCIA (SI APLICA)			/ /
			Mes Día Año
4. ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente? _____			
5. Favor de incluir el Reporte de la Póliza (si aplica)			
6. ¿Ha sido tratado por algún otro médico durante los últimos tres años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó afirmativo, favor de indicar el nombre o los nombres, especialidades de los médicos que visitó y el diagnóstico:			
7. ¿Ha estado hospitalizado a consecuencia del accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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
7. ¿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	
8. ¿Continúa bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:			
9. Si el paciente es hijo dependiente mayor de 21 años, favor incluir Certificación de Estudiante.			
10. Estado civil del hijo dependiente: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado			

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.**

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. Favor incluir copia de un cheque cancelado o cualquier otra evidencia oficial.

Nombre y Sucursal del Banco

Número de ruta y tránsito

Número de cuenta bancaria

Nombre del Titular de la cuenta

Tipo de cuenta: Cheque Ahorro

Correo Electrónico (E-mail)

Firma Autorizada

Fecha de autorización

Autorizo a Triple-S Vida, Inc., a enviarme la notificación de depósito de pago a mi correo electrónico (e-mail).

INFORME DEL MEDICO DE CABECERA (en caso de desmembramiento debe ser cumplimentado por el médico que lo incapacitó)

Nombre del Paciente		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Edad
Diagnóstico:						
Fecha del Accidente	Mes / Día / Año		Sí hubo fractura, ¿se corroboró con rayos X? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
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	
¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?						
a. Si la lesión requirió de cirugía o reparación de tendones y ligamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____						
b. En caso de que el tratamiento incluyera sutura, indique el tamaño de cada una de las laceraciones que requirieron suturas: Explique: _____						
c. En caso de quemadura, indique el grado de la quemadura y el tamaño del área afectada en el porciento que le corresponde en relación a la superficie total del cuerpo Explique: _____						
Indique el nombre del médico o los médicos que hayan atendido o referido al paciente por algún accidente relacionado a esta enfermedad (si aplica) <i>(FAVOR INDICAR AL ASEGURADO QUE INCLUYA LAS DIRECCIONES Y TELEFONOS DE ESTOS MEDICOS):</i>						
Nombre	Especialidad		Diagnostico		Fecha: Mes / Día / Año	
Nombre	Especialidad		Diagnostico		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: _____			
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:						
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 <i>(Favor incluir reporte de cirugía)</i>						
Si hubo desmembramiento, indique extremidad y localización:					Mes / Día / Año	
En caso de pérdida de visión o de uno o ambos ojos, ¿fue esta pérdida total e irrecuperable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique e indique grado:						
¿Ha estado el paciente hospitalizado o ha recibido tratamiento ambulatorio por alguna enfermedad o lesión? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si; indique lo siguiente:						
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		

CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

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