

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POLIZA DE CANCER Y SUPLEMENTOS DE HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD Y CUIDADO INTENSIVO

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			/ /		/ / Mes Día Año
Parentesco		Teléfono	Tel. Residencial		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 sintió los primeros síntomas de su enfermedad?			/ / Mes Día Año
3. ¿Cuándo visitó al médico por primera vez por esta enfermedad?			/ / Mes Día Año
4. ¿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:			
Nombre	Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio / / Mes Día Año
Dirección Postal			Teléfono
Urb, PO Box, HC, RR Número / Calle Ciudad País Zona Postal			
Nombre	Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio / / Mes Día Año
Dirección Postal			Teléfono
Urb, PO Box, HC, RR Número / Calle Ciudad País Zona Postal			
Nombre	Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio / / Mes Día Año
Dirección Postal			Teléfono
Urb, PO Box, HC, RR Número / Calle Ciudad País Zona Postal			
5. ¿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
6. Favor indicar ocupación y cuándo cesaron sus labores.			/ / Mes Día Año
7. Si el paciente es hijo dependiente mayor de 21 años, favor incluir Certificación de Estudiante.			
8. 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).

CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

Nombre del Paciente					/ /							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial			Seguro Social			
Dirección								Edad		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad		País		Zona Postal				
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 de Cuidado Intensivo: (Especifique) ICU <input type="checkbox"/> PICU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/>					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.	
Otra: _____					/ /				/ /			
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.												

INFORME DEL MEDICO DE CABECERA

Nombre del Paciente					Edad						
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial					
Diagnóstico: _____											
Fecha de la primera consulta por la condición que reclama				/ / <small>Mes Día Año</small>		Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Lugar: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Sala Emergencias			
Indique la evolución de la condición que reclama: _____ _____											
Indique el nombre del médico o los médicos que hayan atendido o referido al paciente por alguna enfermedad relacionada: (FAVOR INDICAR AL ASEGURADO QUE INCLUYA LAS DIRECCIONES Y TELEFONOS DE ESTOS MEDICOS)											
Nombre			Especialidad			Diagnóstico		Fecha: Mes Día Año / /			
Nombre			Especialidad			Diagnóstico		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 e indique si hubo estudios, biopsias, laboratorios, etc.: _____ _____											
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 e indique fecha de cada una:											
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 (Favor incluir reporte de cirugía)											
¿Ha estado el paciente hospitalizado o ha recibido tratamiento ambulatorio por alguna enfermedad o lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta afirmativo, indique nombre del hospital, diagnóstico y fechas de estadía:											
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				
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle		Ciudad		País		Zona Postal			