

FORMULARIO DE RECLAMACION SUPLEMENTO DE BENEFICIO ACELERADO

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		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 contesto 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			
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 el porcentaje de adelanto solicitado: _____ % (no mayor de 75%)			
7. Seleccione la Opción de Pago del beneficio Acelerado:			
_____ Opción una sola suma:			
_____ Opción plazos mensuales (Iguales durante 12 meses).			
_____ Opción de Hogar de Convalecencia - Aplica si el Asegurado está recluso en un Hogar de Convalecencia Elegible durante por lo menos 90 días antes de la elección y un médico certifica que permanecerá en el Hogar de Convalecencia. Para otros detalles y los requisitos que tiene que cumplir en un Hogar de Convalecencia Elegible, favor referirse al contrato.			

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y que con intención de defraudar presente 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 atenuadas, 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: X Cheque X Ahorro

Correo Electrónico (E-mail)

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

Firma Autorizada

Fecha de autorización