

**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	/	/
Parentesco			Teléfono		Tel. Residencial
					E-Mail
Dirección Postal		Urb, PO Box, HC, RR	Número / Calle	Ciudad	Pais
					Zona Postal
Dirección Residencial		Urb, PO Box, HC, RR	Número / Calle	Ciudad	Pais
					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
Dirección Postal		Teléfono	
Urb, PO Box, HC, RR	Número / Calle	Ciudad	Pais
		Zona Postal	
Nombre	Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio
Dirección Postal		Teléfono	
Urb, PO Box, HC, RR	Número / Calle	Ciudad	Pais
		Zona Postal	
Nombre	Especialidad	Diagnóstico	Fecha de Servicio
Dirección Postal		Teléfono	
Urb, PO Box, HC, RR	Número / Calle	Ciudad	Pais
		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, ayude 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.**

- Solicito pago en cheque solamente. Estoy cancelando cualquier autorización previa de depósito directo a mi cuenta.  
 Estoy notificando que mi número de cuenta bancaria cambió

\_\_\_\_\_  
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"/> 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: _____ Dx: _____								Desde (m, d, a) / /		Hasta (m, d, a) / /		
Dx: _____								/ /		/ /		
Nombre del Hospital (Incluir Sello de la Institución)							Récord Núm.					
Firma Autorizada							Título					
Nombre en Letra de Molde							Fecha					
<b>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.</b>												

**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				/ / Mes Día Año		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: <b>(FAVOR INDICAR AL ASEGURADO QUE INCLUYA LAS DIRECCIONES Y TELEFONOS DE ESTOS MEDICOS)</b>												
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 <b>(Favor incluir reporte de cirugía)</b>												
¿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				