

**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	/ /		
Nombre del Paciente			Seguro Social		Fecha Nacimiento
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	/ /		Mes / Día / Año
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? <b>INCLUYA FACTURA DEL PRIMER TRATAMIENTO DE EMERGENCIA (SI APLICA)</b>	Mes / Día / Año
4. ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente? _____	
5. Favor de incluir el Reporte de la Policía (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
8. ¿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
9. ¿Continúa bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____	
10. Si el paciente es hijo dependiente mayor de 21 años, favor incluir Certificación de Estudiante.	
11. 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.**

- 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: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro	Correo Electrónico (E-mail)
Firma Autorizada	Fecha de autorización	<input type="checkbox"/> 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			¿Si 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 irreparable? <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						Titulo					
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>											