

**Sección 1: A ser completado por el empleado (en letra de molde)**

Si el informe de reclamación no está completado en su totalidad, la determinación de los beneficios podría dilatarse hasta que toda la información solicitada haya sido recibida. Escriba "N/A" en todas las secciones que no apliquen.

**ADVERTENCIA DE FRAUDE A RECLAMACIONES**

*La Ley Num. 18 de 8 de enero de 2004 advierte a toda persona lo siguiente: 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 mas 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 termino 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.*

1 Nombre del empleado:		2 Núm. Seguro Social:	
Dirección:		3 Núm. Tel.: ( )	
Ciudad, Código Postal:		4 Fecha Nac.:	
5 Estatura:	6 Peso:	7 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8 Nombre del patrono:
11 Fecha del primer día de síntomas		12 Ultimo día trabajado	13 Usted no puede trabajar debido a: (marque una) <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad
16 Describa en detalles, cuándo, dónde y cómo ocurrió el accidente, o la naturaleza de su enfermedad y los primeros síntomas			

19 ¿Cuándo fue la primera vez que fue tratado por su accidente o enfermedad?		
Hospital	Dirección	Fecha(s)
Doctor	Dirección	Fecha(s)
20 ¿Ha sido tratado por la misma condición o alguna similar en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De sí, incluya nombre y dirección del Hospital/médico que le atendió:		
Hospital	Dirección	Fecha(s)
Doctor	Dirección	Fecha(s)
Nombre(s) de la compañía aseguradora	Dirección	

La información provista arriba es cierta y completa en lo mejor de mi conocimiento y creencia. (Su firma es requerida para considerar beneficios.)

Firma **X** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

PO Box 363786  
San Juan PR 00936-3786

**Sección 2: A ser completado por el patrono (en letra de molde)**

Si el informe de reclamación no está completo en su totalidad, la determinación de los beneficios podría dilatarse hasta que toda la información solicitada haya sido recibida. Escriba "N/A" en todas las secciones que no apliquen.

**ADVERTENCIA DE FRAUDE A RECLAMACIONES**

*La Ley Num. 18 de 8 de enero de 2004 advierte a toda persona lo siguiente: 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 mas 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 termino 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.*

1 Nombre del empleado		2 Número del seguro social:	
Dirección: Calle/Box/Apto.		3 Fecha de nacimiento	
Ciudad, Estado, Código postal		4 Ultimo día trabajado:	
5 Fecha de reclutamiento:	6 Fecha efectividad al Seguro de Vida:	7 Ocupación:	
8 Núm. Póliza Grupal:	9 Cantidad del Seguro de Vida:	10 Clasificación:	
11 Razón por la cual el empleado dejó de trabajar:			
12 ¿Espera usted que su empleado regrese a trabajar? / <input type="checkbox"/> / Sí / <input type="checkbox"/> / No			
13 Salario Previo al último día trabajado			
14 Nombre/dirección del proveedor de servicios médicos del empleado o HMO (proporcione Núm. de póliza o núm. de ID)			

**La información provista arriba es cierta y completa, en lo mejor de nuestro conocimiento y creencia.**

15 Nombre del patrono		Núm. Tel. ( )	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Firma persona que certifica (No Sello) <b>X</b>		Título	Fecha

PO Box 363786  
San Juan PR 00936-3786

**Sección 3: A ser completado por el médico tratante**
**ADVERTENCIA DE FRAUDE A RECLAMACIONES**

*La Ley Num. 18 de 8 de enero de 2004 advierte a toda persona lo siguiente: 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 mas 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 termino 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.*

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Número seguro social:
Estatura	Peso	Presión arterial (ultima visita)	
1 El paciente no está/estuvo apto para trabajar debido a: (marque uno) <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad			
2 Diagnóstico (incluya complicaciones y el ICD 9)			
3 ¿Cuándo los síntomas aparecieron por primera vez o cuándo ocurrió el accidente?		4 Fecha en que le avisó a su paciente a dejar de trabajar	
5 ¿Ha tenido su paciente la misma condición o similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De sí, indique cuándo y describa	
6 Fecha de la primera visita		7 Fecha de la última visita	8 Frecuencia de las visitas
9 Resultados Objetivos (Rayos-X, EKG's, resultados de laboratorio y resultados clínicos)		10 Síntomas Subjetivos	
11 Naturaleza del Tratamiento (cirugía, medicamentos, etc.) Provea dosis de medicamentos y su frecuencia			
12 Nombre y dirección de otros médicos que traten a su paciente:			
13 ¿Ha sido su paciente hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De sí, indique nombre y dirección del hospital			
Desde _____ hasta _____			
14 Progreso a. El paciente (elija una): <input type="checkbox"/> Está recuperado <input type="checkbox"/> Mejoró <input type="checkbox"/> No ha cambiado <input type="checkbox"/> Empeoró  b. Es paciente (elija una): <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Postrado en cama <input type="checkbox"/> Confinado en el hogar		15 Pronóstico (Por favor, sea específico en término de meses)	
16 Observaciones:			
17 De ser una condición cardíaca; ¿cuál es la capacidad funcional? (Asociación Americana del Corazón)		<input type="checkbox"/> Clase 1 - No Limitaciones <input type="checkbox"/> Clase 3 - Limitaciones marcadas <input type="checkbox"/> Clase 2 - Limitación leve <input type="checkbox"/> Clase 4 - Limitaciones Completas	
18 ¿Su paciente ha alcanzado el máximo de mejoría médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		De no, ¿cuándo usted esperaría un cambio fundamental? <input type="checkbox"/> 1-2 semanas <input type="checkbox"/> 3-4 semanas <input type="checkbox"/> 5-6 semanas <input type="checkbox"/> Mas de 6 semanas	
19 Nombre del médico (En letra de molde)			Grado
Especialidad		Número Tel.	Núm. Fax.
Dirección		Ciudad	Estado
Firma (No Sello) <b>X</b>		Núm. Id Tax	Fecha