

**FORMULARIO DE RECLAMACION DE MUERTE
(NATURAL O ACCIDENTAL)**

DECLARACION DEL RECLAMANTE						
1. Nombre del asegurado				Fecha de Nacimiento / /		/ /
<i>Apellido Paterno</i>	<i>Apellido Materno</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial</i>	Día	Mes	Año
2. Detalle la(s) póliza(s) bajo la cual se está reclamando.				Monto de Seguro de Vida		Monto Muerte Accidental
Núm. de Póliza				\$		\$
a)				\$		\$
b)				\$		\$
c)				\$		\$
3. Nombre del Beneficiario				Fecha de Nacimiento / /		Seguro Social / /
<i>Apellido Paterno</i>	<i>Apellido Materno</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial</i>	Día	Mes	Año
Dirección Postal:				Teléfono:		
E-mail:						
Urb, PO Box, HC, RR, Barrio		Núm./ Calle		Ciudad	País	Zona Postal
4. Detalle la relación con el Asegurado: _____						
AVISO IMPORTANTE: En reclamaciones cuya vigencia de la póliza sea menos de dos (2) años, debe someter un Certificado de Defunción, modelo RD-77 Rev. 01/89 . Por otro lado, si el asegurado falleció fuera de Puerto Rico, favor de someter Resumen de Alta del Hospital donde falleció. Para otros documentos, véase al reverso.						
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO						
1. Causa de la muerte: _____				2. Fecha de la Muerte: Mes: _____ Día: _____ Año: _____		
3. Indique los nombres y especialidades de los médicos que visitó el asegurado durante los últimos tres (3) años.						
a) Nombre:				Especialidad:		Fecha de Servicio:
Dirección Postal:				Teléfono:		Diagnóstico:
Urb, PO Box, HC, RR		Núm./Calle		Ciudad	País	Zona Postal
b) Nombre:				Especialidad:		Fecha de Servicio:
Dirección Postal:				Teléfono:		Diagnóstico:
Urb, PO Box, HC, RR		Núm./Calle		Ciudad	País	Zona Postal
4. Indique los nombres de hospitales y/o centros de tratamientos que visitó el asegurado durante los últimos tres (3) años.						
Nombre del Hospital y dirección				Fecha de la hospitalización		Diagnóstico:
APLICA PARA LA PÓLIZA DE CANCER SOLAMENTE:				6. Estado civil del hijo dependiente:		
5. Si el reclamante es hijo dependiente mayor de 21 años, favor de incluir Certificación de Estudiante.				<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado		
Certifico que yo soy el reclamante en esta declaración de pruebas de muerte, que la información arriba provista es la verdad, que la misma está completa y que la persona aquí descrita es la asegurada bajo las pólizas enumeradas en el encasillado número dos (2).						
Estoy de acuerdo que todos los expedientes y / o declaraciones sometidas por los médicos, hospitales, Centro de Diagnósticos u otras instituciones con respecto al asegurado y toda otra documentación pertinente será considerada como parte de las pruebas de muerte.						
Entiendo que cuando Triple-S Vida, Inc. , provee formas de reclamación, esta acción no se puede considerar como una admisión de que el seguro estaba vigente, y no constituye una renuncia a los derechos o defensas de la Compañía.						
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 Beneficiario: _____				Fecha _____		
Testigo: _____				Fecha _____		
(Un testigo es necesario cuando la firma es por marca).						
Firma: _____				Débito _____		
Gerente, Supervisor o Representante Autorizado						
¿DESEA RECIBIR SU PAGO DE BENEFICIO DE MANERA RAPIDA Y SEGURA?						
<u>Autorización para Pagos Electrónicos de Beneficios a Reclamantes</u>						
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. <u>Favor incluir copia de un cheque cancelado o cualquier otra evidencia oficial.</u>						
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).		

NOTA IMPORTANTE: EL INFORME DEL MEDICO DE CABECERA SERA CUMPLIMENTADO EN CASO DE QUE LA RECLAMACIÓN SEA SOMETIDA BAJO UNA POLIZA CON MENOS DE DOS AÑOS DE VIGENCIA.

INFORME DEL MEDICO DE CABECERA		
1. Nombre del Paciente:		Edad
2. Diagnóstico:		Fecha de los primeros síntomas: M____ D____ A____
3. Fecha del Accidente (si aplica) (M) _____ (D) _____ (A) _____	Si hubo fractura, ¿se corroboró con rayos X? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. En caso de accidente, ¿dónde recibió el primer tratamiento? _____		
5. Indique el nombre del o los médicos que atendieron o le refirieron al paciente por alguna enfermedad que afectó la causa de su muerte: (FAVOR DE INDICAR AL BENEFICIARIO QUE INCLUYA LAS DIRECCIONES Y TELEFONOS DE ESTOS MEDICOS)		
NOMBRE	ESPECIALIDAD	ENFERMEDAD O LESION
6. ¿Tuvo el paciente una enfermedad igual o similar a ésta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si contesta afirmativo, indique cuándo: (M) _____ (D) _____ (A) _____		
Describa: _____		
7. Describa cualquier enfermedad crónica o aguda que el paciente padeció:		
ENFERMEDAD	FECHA DE COMIENZO	
8. Describa cualquier otra enfermedad o dolencia que afectó la causa de muerte. _____		
9. ¿Ha tenido el paciente alguna cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha (M) _____ (D) _____ (A) _____ <i>(Favor incluir reporte de cirugía)</i>		
10. ¿Estuvo el paciente hospitalizado o recibió tratamiento ambulatorio por alguna enfermedad o lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si contesta afirmativo, indique nombre del hospital y dirección, enfermedad o lesión y fechas de estadía:		
HOSPITAL	ENFERMEDAD O LESION	FECHAS
		Desde: (M) _____ (D) _____ (A) _____ Hasta: (M) _____ (D) _____ (A) _____
		Desde: (M) _____ (D) _____ (A) _____ Hasta: (M) _____ (D) _____ (A) _____
11. Información Adicional: _____		
12- Certificación y Firma: Certifico que la información arriba indicada en mi opinión realmente describe la condición del paciente y la duración aproximada de la misma, y que soy un médico autorizado a ejercer mi profesión.		
Nombre	Especialidad	Número de licencia
Dirección		Teléfono:
Barrio / Urb / RR / HC / P.O. BOX	Núm. / Avenida / Calle	Ciudad País Código Postal
Firma:	Fecha:	

NOTA PARA EL BENEFICIARIO Y/O RECLAMANTE

Antes de enviar este formulario a la oficina central, favor de verificar que el mismo está cumplimentado en su totalidad y se incluyan los siguientes documentos:

1. Póliza original o declaración por la pérdida de la misma.
2. Certificado de nacimiento o bautismo.
3. Libreta de pago de primas.
4. Certificado de Defunción en original.
5. Identificación con retrato y firma del reclamante.
6. Copia del Seguro Social del reclamante.

En situaciones especiales:

1. Si la muerte se debe a homicidio o accidente debe someter:
 - a. informe final de la policía.
 - b. Informe de autopsia y toxicología.
 - c. Autorización para solicitar informe de autopsia (Homicidio)
2. Si el beneficiario o uno de ellos es menor de edad debe someter:
 - a. Certificado de nacimiento del menor en original.
 - b. Copia Certificada del documento mediante el cual se nombra al tutor del menor.
 - c. Nombre y dirección postal del tutor del menor.
3. Si al momento de fallecer el asegurado no ha sobrevivido el beneficiario designado y no hay otro beneficiario nombrado debe someter:
 - a. Certificado de Defunción del beneficiario.
 - b. Declaratoria de herederos del asegurado en original.
4. Si al momento de fallecer el asegurado, el beneficiario fallece posterior al asegurado y no hay otro beneficiario nombrado, debe someter:
 - a. Certificado de Defunción en original del beneficiario.
 - b. Declaratoria de herederos del beneficiario en original.
5. Si al momento de fallecer el asegurado no ha sobrevivido el beneficiario primario, pero vive el beneficiario contingente debe someter.
 - a. Certificado de Defunción del beneficiario.