

**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 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 contestó afirmativo, favor de indicar el nombre o los nombres, especialidades de los médicos que visitó y el diagnóstico:			
Nombre		Especialidad	Diagnóstico
Dirección Postal		Teléfono	
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle Ciudad País Zona Postal	
Nombre		Especialidad	Diagnóstico
Dirección Postal		Teléfono	
Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle Ciudad País Zona Postal	
Nombre		Especialidad	Diagnóstico
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 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				/ /		Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Lugar: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Sala Emergencias			
Mes				Día		Año					
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 (Favor incluir reporte de cirugía)											
¿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			