

PARTE 1 DECLARACIONES DEL RECLAMANTE			
1. Nombre		2. Fecha	
3. Dirección Postal			
4. Dirección Residencial			
5. Teléfono	6. Tel. Celular	7. Dirección electrónica	
8. Núm. Póliza	9. Fecha de Vigencia	10. Fecha último pago	
11. Ocupación	12. Núm. Seguro Social	13. Sueldo Mensual	
14. Tareas que desempeña en su trabajo:			
15. Primer día en que estuvo incapacitado para trabajar: Mes _____ Día _____ Año _____		16. Indique fecha de retorno al trabajo o fecha en que espera regresar: Mes _____ Día _____ Año _____	
17. Su incapacidad está relacionada con: <input type="checkbox"/> El desempeño de su empleo <input type="checkbox"/> Accidente de automóvil <input type="checkbox"/> Embarazo o Aborto <input type="checkbox"/> Otra razón: Especifique dónde, cuándo y cómo ocurrió: _____ _____ _____			
18. Si su caso fue informado al Fondo del Seguro del Estado, indique el número del caso: _____ ¿Ha solicitado en algún momento beneficios de Seguro Social, Fondo del Seguro del Estado o cualquier otro plan público o privado que conceda beneficios por incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desde: Mes__ Día __ Año__ Hasta: Mes__ Día __ Año__.			
19. ¿Está, o estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, indique: _____			
Nombre del Hospital	Fecha de la hospitalización:	Diagnóstico:	Número de Récord:
1. _____	Mes _____ Día _____ Año _____	_____	_____
2. _____	Mes _____ Día _____ Año _____	_____	_____

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. <b>Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.</b>			
<input type="checkbox"/> Solicito pago en cheque solamente. Estoy cancelando cualquier autorización previa de depósito directo a mi cuenta. <input type="checkbox"/> Estoy notificando que mi número de cuenta bancaria cambió			

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ 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).

CL-0285-10 (R-1018)

**PARTE II CERTIFICACIÓN MÉDICA**

1. Nombre del paciente		2. Edad	
3. Diagnóstico específico para esta incapacidad:		4. Fecha del primer examen Mes ____ Día ____ Año ____	5. Fecha último examen Mes ____ Día ____ Año ____
6. Fecha de los primeros síntomas para la condición que lo incapacita: Mes ____ Día ____ Año: ____		7. Fecha en que comenzó tratamiento médico con usted por esta condición: Mes ____ Día ____ Año: ____	
8. En su opinión esta incapacidad: <input type="checkbox"/> Está relacionada con el empleo del paciente o es como consecuencia del desempeño del mismo. <input type="checkbox"/> Otro accidente: _____ <input type="checkbox"/> Es como consecuencia de un accidente de automóvil. <input type="checkbox"/> Otra razón: _____			
9. ¿Ha tramitado el paciente beneficios por incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Si es afirmativo, especifique: <input type="checkbox"/> FSE <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> ACCA Si esta condición es resultado de un accidente, indique dónde y cuándo recibió el primer tratamiento. Lugar: _____ Fecha: Mes ____ Día ____ Año: ____ Indique cualquier otra enfermedad crónica o aguda que haya padecido el paciente anteriormente. _____			
10. Indique si esta incapacidad mantendrá al paciente: <input type="checkbox"/> Confinado en el hogar <input type="checkbox"/> No confinado	11. ¿Ha tenido el paciente la misma condición, o una condición similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, explique: _____	12. ¿Ha tenido el paciente una incapacidad anterior a la actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desde: Mes ____ Día ____ Año ____ Hasta: Mes ____ Día ____ Año ____ Indique el diagnóstico: _____	
13. El paciente ha estado total y continuamente incapacitado para trabajar desde: Mes ____ Día ____ Año ____		14. Fecha en que el paciente puede regresar a trabajar: Mes ____ Día ____ Año ____	
15. Naturaleza del procedimiento quirúrgico, si alguno: _____ _____ Fecha en que se realizó: Mes ____ Día ____ Año ____		16. Fecha de hospitalización y nombre del hospital: _____ _____ Número de récord médico: _____	
17. Resultados pruebas laboratorios (Incluyendo rayos x, EKG, BMR, EMG, informe patológico, etc., y sus fechas)		18. ¿Se ha consultado o se ha referido el caso a otro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique nombre y especialidad del doctor y fecha: _____	
19. Nombre, especialidad y dirección del médico _____ _____			Número de licencia: _____ Teléfono: _____
Certifico que la información arriba indicada es mi opinión y realmente describe la condición del paciente y la duración aproximada de la misma, y que soy un médico autorizado a ejercer mi profesión.  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Firma</span> <span>Fecha</span> </div>			

**PARTE III CERTIFICACION DEL PATRONO**

1. Nombre del reclamante:		2. Seguro Social:	3. Salario Mensual:
4. Fecha último día trabajado por el reclamante: Mes ____ Día ____ Año ____	5. ¿Regresó el reclamante a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	6. Fecha en que regresó: Mes ____ Día ____ Año ____	
7. La incapacidad del empleado se debe a: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de Automóvil <input type="checkbox"/> Otro accidente <input type="checkbox"/> Otra razón, explique: _____			
8. ¿Está la incapacidad del empleado relacionada con su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Llenó el informe de accidente de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Fecha: Mes ____ Día ____ Año:    Número del caso: _____			
9. ¿Hubo alguna incapacidad anterior a la actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Desde: Mes ____ Día ____ Año ____    Hasta: Mes ____ Día ____ Año ____			
10. Indique tareas que desempeña el reclamante en su trabajo: _____			
<b>Sello Corporativo</b>	11. Nombre de la Compañía: _____		Teléfono: _____
	Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es cierta. _____ Firma del patrono u oficial autorizado		Dirección: _____ _____ _____
		Fecha	