

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE

ASEGURADO					
Nombre del Asegurado				Seguro Social / /	Núm. Póliza
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial		
Nombre del Paciente				Seguro Social / /	Fecha Nacimiento / / Mes Día Año
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección Postal				Teléfono	Parentesco

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:					
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
7. ¿Ha estado hospitalizado a consecuencia del accidente? <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		
8. Si el paciente es hijo dependiente mayor de 21 años, favor incluir Certificación de Estudiante.					
9. 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.**

Firma

Fecha

### AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN

Por este medio autorizo a cualquier médico con licencia para ejercer su profesión, hospital, clínica u otra facilidad médica, Compañía de Seguros, el "Medical Information Bureau", u otra organización institución o personas que tuvieran algún récord o conocimiento de mi estado de salud y de cualquier miembro de mi familia, a transferir a **Triple-S Vida, Inc.**, tal información. Una copia fotostática de esta Autorización será tan válida como el original.

Firma

Fecha

### ¿DESEA RECIBIR SU PAGO DE BENEFICIO DE MANERA RAPIDA Y SEGURA?

- 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.

#### 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).

# INFORME MEDICO DE CABECERA

Nombre completo del paciente	Fecha del accidente (MM/DD/YYYY)	Lugar del Accidente	Primera visita relacionada con este accidente (MM/DD/YYYY)
Diagnóstico y descripción completa de la lesión:			
El accidente resultó en la pérdida de:			
MM/DD/YYYY			
(A) ¿Mano derecha?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba de la muñeca)	_____
(B) ¿Mano izquierda?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba de la muñeca)	_____
(C) ¿Pie derecho?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba del tobillo)	_____
(D) ¿Pie izquierdo?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba del tobillo)	_____
(E) ¿Pierna derecha?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba de la rodilla)	_____
(F) ¿Pierna izquierda?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba de la rodilla)	_____
(G) ¿Brazo derecho?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba del codo)	_____
(H) ¿Brazo izquierdo?	Fecha _____	Lugar de la amputación (hasta o más arriba del codo)	_____
(I) ¿Visión ojo derecho?	Fecha _____	¿Es la pérdida completa e irrevocable?	_____
(J) ¿Visión ojo izquierdo?	Fecha _____	¿Es la pérdida completa e irrevocable?	_____
¿Cómo estaba la visión en la última observación?			
Con espejuelos	O.D. _____	O.S. _____	Fecha (MM/DD/YYYY) _____
Sin espejuelos	O.D. _____	O.S. _____	Fecha (MM/DD/YYYY) _____
Fecha en que la visión corregida (con espejuelos) fue irrevocablemente reducida a 20/200 ó menos y el nivel de visión, en el ojo lesionado, a esa fecha:			
	O.D. _____	O.S. _____	Fecha (MM/DD/YYYY) _____
La visión fue recuperada en parte o totalmente por:			
	O.D. <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Operación <input type="checkbox"/> No puede recuperarse	O.S. <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Operación <input type="checkbox"/> No puede recuperarse	
Si se está programando una cirugía, favor indicar fecha: (MM/DD/YYYY) _____			
¿Está la pérdida totalmente relacionada con el accidente arriba mencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si no lo está, favor dar detalle de alguna condición médica o enfermedad que haya causado o contribuya a la pérdida:			
¿Está la hospitalización del asegurado totalmente relacionada con el accidente arriba mencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Fue la(s) lesión(es) causada(s) por un accidente o alguna condición asociada a las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si lo está, favor de explicar:			
En su opinión, ¿la pérdida fue como resultado de lesiones auto-infligidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección física del médico			Núm. de teléfono ( )
Firma del médico (Favor de incluir sello oficial)			Fecha (MM/DD/YYYY)

## CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL

Nombre del Paciente		/ /	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
Dirección Urb, PO Box, HC, RR		Número / Calle	País
Dirección		Ciudad	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) / /
Unidad de Cuidado Intensivo: <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> PICU <input type="checkbox"/> NICU (Especifique): Otra: _____	Desde (m, d, a) / /	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Hasta (m, d, a) / /
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	

**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.**