

DECLARACION DEL RECLAMANTE

1. Nombre del asegurado				Fecha de Nacimiento		Seguro Social	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Día	Mes	Año	
2. Detalle la(s) póliza(s) bajo la cual se está reclamando.							
Núm. de Póliza		Monto de Seguro de Vida			Monto Muerte Accidental		
a)		\$			\$		
b)		\$			\$		
c)		\$			\$		
3. Nombre del Beneficiario				Fecha de Nacimiento		Seguro Social	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Día	Mes	Año	Teléfono:
Dirección Postal:							
E-mail:							
Urb. PO Box, HC, RR, Barrio		Núm./ Calle	Ciudad	País	Zona Postal		
4. Detalle la relación con el Asegurado: _____							
5. ¿El beneficio de estas pólizas fue cedido a una funeraria? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Nombre de funeraria: _____							

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.

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 Beneficiario o Reclamante: _____ Fecha _____

Testigo: _____ Fecha _____

(Un testigo es necesario cuando la firma es por marca)

Firma: _____ Débito _____

Gerente, Supervisor o Representante Autorizado

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. Incluyo copia de un cheque cancelado o cualquier otra evidencia oficial. En mi cuenta: Cheque Ahorro

Nombre y Sucursal del Banco

Número de ruta y tránsito

Núm. de cuenta bancaria

Nombre del Titular de la cuenta

Firma Titular de la cuenta

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).

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) ____ Describe: _____		
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) ____ (Favor incluir reporte de cirugía)		
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 / PO BOX	Núm. / Avenida / Calle	Ciudad País Código Postal
Firma:	Fecha:	