

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
Parentesco	Teléfono		Teléfono Celular		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. ¿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: _____	
7. ¿Ha estado hospitalizado a consecuencia del accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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	
8. ¿Continúa bajo tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____	
9. Si el paciente es hijo dependiente mayor de 21 años, favor incluir Certificación de Estudiante.	
10. 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. <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 del Asegurado Primario

\_\_\_\_\_  
Fecha

¿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).

**INFORME DEL MEDICO DE CABECERA (en caso de desmembramiento debe ser cumplimentado por el médico que lo incapacitó)**

Nombre del Paciente		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Edad
Diagnóstico:						
Fecha del Accidente		Mes / Día / Año	Sí hubo fractura, ¿se corroboró con rayos X? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de la primera consulta por la condición que reclama		Mes / Día / Año	Hora: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Lugar: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Sala Emergencias		
¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?						
a. Si la lesión requirió de cirugía o reparación de tendones y ligamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique: _____						
b. En caso de que el tratamiento incluyera sutura, indique el tamaño de cada una de las laceraciones que requirieron suturas: Explique: _____						
c. En caso de quemadura, indique el grado de la quemadura y el tamaño del área afectada en el porciento que le corresponde en relación a la superficie total del cuerpo Explique: _____						
¿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: _____			
Indique el período de incapacidad del paciente:			Desde	Fecha: Mes / Día / Año	Hasta	Fecha: Mes / Día / Año
¿Ha tenido el paciente alguna cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Favor incluir reporte de cirugía)</i>						
Si hubo desmembramiento, indique extremidad y localización:						Mes / Día / Año
En caso de pérdida de visión o de uno o ambos ojos, ¿fue esta pérdida total e irrecuperable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique e indique grado:						
¿Ha estado el paciente hospitalizado o ha recibido tratamiento ambulatorio por alguna enfermedad o lesión? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si; indique lo siguiente:						
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		

**CERTIFICACIÓN DEL HOSPITAL**

Nombre del Paciente		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Seguro Social / /	
Dirección		Urb, PO Box, HC, RR	Número / Calle	Ciudad	Pais	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) / /	Hora <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
Unidad Cuidado Intensivo: <input type="checkbox"/> 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:					Desde (m, d, a)		Hasta (m, d, a)
Dx:					/ /		/ /
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.**