

Formulario de Reclamación de Accidente y Salud

Instrucciones

Usted debe hacer referencia a su póliza de seguro al momento de someter la reclamación correspondiente.

En caso de que su reclamación sea por Hospitalización, Cáncer, Enfermedades Graves, Desmembramiento, Incapacidad, SINOT, Servicios Ambulatorios o Muerte Accidental, favor de someter la prueba médica necesaria de acuerdo a su póliza:

1. a) Hospitalización – Entregar evidencia del resumen de admisión y alta. Si la reclusión fue de 10 días o más, someter además la facturación del hospital.
 b) Servicio ambulatorio - Evidencia del servicio médico recibido y/o del reporte de la operación o cirugía ambulatoria.
 c) Cáncer- Evidencia del reporte de patología y de todos los récords médicos del tratamiento recibido por la condición.
 d) Enfermedades Graves- Copia de los récords médicos relacionados al tratamiento de la enfermedad diagnosticada.
 e) Muerte Accidental - Certificado defunción, reporte de la policía y cualquier otro documento relevante al accidente.
2. De reclamar beneficios por incapacidad deberá completar las partes I, II y III de este formulario.
3. Todo tipo de reclamación que se presente, el asegurado o reclamante debe completar la parte I. Si el reclamante no es el asegurado principal usted debe presentar evidencia de elegibilidad según lo requiera su póliza.
4. Su médico deberá completar el Certificado Médico que se indica en la Parte III. **(Todos los casos)**
5. Firma de autorización y certificación.

Nota: Nos reservamos el derecho de solicitar documentos adicionales de ser necesario.

Parte I - Informe del Reclamante

1. Nombre del Asegurado Principal _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ____ (Mes/Día/Año)
2. Dirección Residencial _____
3. Dirección Postal _____
 _____ Seguro Social _____
4. Tel. Residencial o Celular _____ Correo electrónico _____
5. Número de Póliza _____ Núm. Cuenta Bancaria _____
6. Nombre del Paciente _____ Relación con Asegurado _____
7. Nombre, dirección y teléfono del patrono del Asegurado Principal (si aplica) _____

8. Posición u ocupación actual _____
9. Fecha en que se lesionó o enfermó: ___ / ___ / ____ (Mes/Día/Año)
10. Fecha en que recibió tratamiento médico por esta condición por primera vez ___ / ___ / ____ (Mes/Día/Año)

11. Nombres y direcciones de los hospitales y médicos donde obtuvo atención médica por primera vez por la condición diagnosticada y de aquellos con los cuales ha continuado recibiendo tratamiento de seguimiento por dicha condición:

12. De ser la pérdida reclamada a consecuencia de un accidente, favor describir cuándo, cómo y dónde ocurrió el mismo:

13. Fecha de Fallecimiento (si aplica) _____ (Mes/Día/Año)

14. De haber sido hospitalizado, indique el nombre del hospital _____

15. Fecha de hospitalización: Desde _____ Hasta _____

Fecha de la cirugía o servicio ambulatorio: _____

16. Ha recibido tratamiento médico por esta condición o alguna similar previamente? Sí No

17. De ser afirmativo, favor informar en qué fecha y el médico u hospital que lo atendió. _____

Autorización

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico o cualquier otra persona que me haya atendido o examinado, a cualquier otra entidad u organización en general, a otorgar a Chubb Insurance Company of Puerto Rico, o a sus representantes, cualquier información con respecto a cualquier enfermedad o lesión sufridos por mí; historial médico, consultas y/o tratamientos y a entregar información o copias de todos los expedientes o "records" que obren en sus archivos. Copia fotostática del original de esta autorización debe ser considerada tan válida y efectiva como su original. Nota: "Favor de incluir copia de la licencia ó identificación con foto para solicitar lo antes mencionado".

En _____ hoy día _____ de _____ 20 _____

Si la persona asegurada es menor, indique parentesco de la persona que firma la presente autorización.

Firma _____ Parentesco _____

Aviso

Artículo 27.320 - Código de Seguros De Puerto Rico

"Cualquier persona que a sabiendas y 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 (\$5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000.00) 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."

Parte II Formulario para los casos de Incapacidad (use letra de molde)

1. Nombre completo y apellidos _____
2. Núm. Seguro Social _____ 3. Núm. Empleado _____
4. Salario semanal regular _____ 5. Horario semanal regular _____
6. Salario utilizado para el pago de Ley 3 (maternidad) _____
7. Ocupación Exento No Exento 8. Si es chofer, núm. de licencia _____
9. El (la) empleado (a) cotiza para: Seguro choferil SINOT
10. Ultimo día de trabajo _____
11. Razón de cesantía (si aplica) _____
12. Día que regresó a trabajar _____
13. ¿Es un patrono asegurado voluntariamente bajo la Ley 139 del Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporal (SINOT)? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía aseguradora con quien tiene la póliza de SINOT vigente:

- _____
14. Incapacidad relacionada con el trabajo: Sí No Núm. caso F. S. E. _____
- Incapacidad relacionada con accidente automóvil: Sí No Núm. caso ACAA _____
15. ¿Recibió algún pago el empleado durante su incapacidad? Sí No En caso afirmativo, indique: _____
- _____
16. Fecha de comienzo en el empleo ___ / ___ / ____ (Mes/Día/Año)
17. Está usted asegurado por Incapacidad con cualquier otra organización? Sí No
18. De ser su contestación anterior afirmativa, indique nombre (s) dirección (es) de la (s) compañía (s), así como número de póliza (s) y beneficio (s):
- _____
- _____

19. Nombre y teléfono del Patrono y del Gerente de Recursos Humanos en donde trabaja: _____
- _____

Certificación

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Entiendo que el Código de Seguros impone penas graves como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Firma del reclamante (o su representante autorizado) _____ Fecha ___ / ___ / ____ (Mes/Día/Año)

Parte III Certificado Médico (a ser completado y firmado por su médico)

Patient Name: _____ Age: _____

Diagnosis and concurrent conditions: _____

Is condition due to injury or sickness arising out of patient's employment? Yes No Pregnancy? Yes No

Date symptoms first appeared or date of accident: _____

Date patient first consulted you for this condition: _____

Patient ever had samee or similar condition? Yes No If "yes" when and describe: _____

Patient was referred to me by Dr. _____ Date patient consulted for this condition _____

Patient still under your care for this conditions? From _____ Thru: _____

Patient was partially disabled Yes No Period of convalescence care: _____

Limitations (if there is limitation, check and describe below)

Standing _____ Climbing _____ Bending _____ Use of Hands _____

Sitting _____ Walking _____ Stooping _____ Lifting _____

Psychological _____ Other (state which) _____

Physicians Impairment ("as defined in Federal Dictionary of Occupational Titles") For disability claims only.

Class 1-No limitation of functional capacity, capable of heavy work. No restrictions (0-10%)

Class 2-Medium manual activity (15-30%)

Class 3-Light limitation of functional capacity, capable of light work (35-55%)

Class 4-Moderate limitation of functional capacity, incapable of minimal (sedentary) activity (60-70%)

Class 5-Severe limitation of functional capacity, incapable of minimal (sedentary) activity (75-100%)

Remarks: _____

Extent of Disability

From Patient's Regular Occupation

From Any Occupation

(a) Is patient still totally disabled?

Yes No

Yes No

(b) If no. When patient will be able to return to work?

Mo _____ Day ____ 20__

Mo _____ Day ____ 20__

(c) If yes. When do you estimate patient will be able to resume any work?

Approximate Date

Mo _____ Day ____ 20__

Mo _____ Day ____ 20__

Indefinite Never

Does patient have other health coverage? Yes No

If "Yes" please identify. _____

Date: _____ (Month/Day/Year) Physician's name (print): _____

Signature: _____ License Number: _____

Office address: _____

Telephone: _____