

PARA AGILIZAR EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN, RECUERDE:

- Seleccionar Beneficio a reclamar en Parte A.
- Completar todos los encasillados de la Parte B.
- Completar Parte C de ser necesario.
- Incluir documentos requeridos por Beneficio solicitado.
- Requerido completar la parte de Pago Electrónico (ACH).
- Enviar vía E-mail a: claims@multinationalpr.com

PARTE A	INSTRUCCIONES – COMPLETAR ESTE FORMULARIO EN TODAS SUS PARTES
Marque con (X) la enfermedad que reclama:	DOCUMENTOS REQUERIDOS: Parte A, B y C siempre son requerido
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cerebrovascular	Historial y Examen Físico, Tomografía Computarizada de cerebro, Resonancia Magnética del cerebro y Ultrasonido Doppler de Vasos de Cuello, documentos adicionales podrían ser requeridos
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	Examen Neurológico y Físico, Tomografía Computarizada, Resonancia Magnética, Ecografía Cerebral, documentos adicionales podrían ser requeridos
<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	Historial y Examen Físico Neurológico, Resonancia Magnética, Punción Lumbar, Pruebas de potenciales evocados, Análisis de Sangre, documentos adicionales podrían ser requeridos
<input type="checkbox"/> Infarto del Miocardio	Historial y Examen Físico, Electrocardiograma, Laboratorio de enzimas Cardíacas, documentos adicionales podrían ser requeridos
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica	Historial y Examen Físico, Laboratorios de sangre y orina, Sonografía, Estudios de imágenes, documentos adicionales podrían ser requeridos
<input type="checkbox"/> Quemadura de 3er Grado	Examen físico detallado que incluya áreas afectadas y grado de las quemaduras, documentos adicionales podrían ser requeridos
<input type="checkbox"/> Indemnización por Primer Diagnóstico de Cáncer Ampliado	Lectura de patología donde indique el diagnóstico positivo, documentos adicionales podrían ser requeridos

PARTE B - PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO -		
(1) Núm. de Póliza	(2) Nombre completo del Asegurado Principal	(3) Núm. Seguro Social Asegurado Principal
(4) Fecha de Nacimiento del Paciente	(5) Nombre del Reclamante (Paciente)	(6) Núm. Seguro Social Reclamante
(7) Teléfono Residencial	(8) Dirección Postal	(9) Parentesco con Asegurado Principal: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo Dependiente
(10) Teléfono Oficina		
(11) Correo Electrónico:		(12) Fecha del estudio o patología que certificó la enfermedad:
(13) Diagnóstico (Tipo de Enfermedad Grave bajo el cual reclama)		
(14) ¿Alguna vez ha recibido usted tratamiento o atención médica para alguna de estas enfermedades graves?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "Sí", explique detalladamente:		

- AVISO ANTIFRAUDE -

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o que presente 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.

Certificación y/o Autorización: Certifico que toda la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Conozco que la Ley impone penalidades severas, como multa, cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios del seguro. Autorizo a todos los médicos, hospitales y otras instituciones que me atendieron, a mi cónyuge o a mis hijos dependientes, que suministren a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** cualquier información pertinente a esta solicitud. Autorizo a mi patrono dar a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** o entregar información o documentos necesarios para determinar mis beneficios.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

FECHA

NOTA – Si el Asegurado Principal no puede firmar, favor de hacer una equis (X) y un Testigo deberá firmar (abajo) e indicar la razón

NOMBRE DEL TESTIGO

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

Razón por la cual el Asegurado Principal no puede firmar: _____

PARTE C - COMPLETADO POR EL MÉDICO QUE LE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD -			
(1) Nombre del Paciente		(2) Diagnóstico ICD-10	
(3) ¿Cuándo notaron los síntomas por primera vez? Fecha: _____		(4) ¿Cuándo el paciente le consultó por primera vez para esta condición? Fecha: _____	
(5) ¿Ha tenido el paciente este síntoma o alguno similar en otra ocasión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", favor Explicar: (Indique Fecha) _____ _____		(6) ¿Alguna vez el paciente ha recibido tratamiento o atención médica para las enfermedades graves que se mencionan en la Parte A? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "Sí", explique detalladamente: _____ _____	
(7) Indique fecha y resultado de estudio que certificó el diagnóstico (incluya los resultados): Fecha: _____ Resultado: _____			
Cualquier persona, incluyendo agente de seguros, corredor o solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o un patrono, que hiciere, ayudare o participare en hacer una falsa representación de hechos o someter información incompleta, sabiendo que la información no es cierta, para insertar en una solicitud de seguro o en un informe o declaración (reclamación) en relación con dicho seguro, se podría considerar que ha cometido fraude para efectos del Código de Seguros. (Ver Artículo 27.190 del Código de Seguros).			
Nombre del Médico (en Letra de Molde)	Número de licencia	Especialidad	Teléfono Oficina
Dirección Postal del Médico: _____			
CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información antes ofrecida está basada en una probabilidad y necesidad médica razonable y que es verdadera y correcta a mi mejor entender. CERTIFICO, además, que el paciente bajo mi atención, según aquí indicado, no es cónyuge, pareja consensual ni familiar (directo o indirecto) del que aquí suscribe.			
_____		_____	
FIRMA DEL MÉDICO		FECHA	

PAGO ELECTRÓNICO (ACH)

**Favor de completar esta parte para realizar el trámite de pago directo por medio de ACH.
Debe proveerse la cuenta bancaria a nombre del Asegurado Principal, o en caso de su fallecimiento aplica la del Beneficiario.**

Nombre del Banco: _____ Nombre del Dueño de la Cuenta: _____

Número de Cuenta Bancaria: _____ Confirmar Número de Cuenta Bancaria: _____

Número de Ruta y Tránsito (ABA): _____ Tipo de Cuenta: Cheque Ahorro

CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información aquí ofrecida por mi es cierta y correcta, que la misma es ofrecida con el único propósito de inducir a la Compañía a pagar por el reclamo sometido a Multinational Life Insurance Company.

NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL (LETRA DE MOLDE)

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

FECHA

***Multinational Life Insurance Company estará realizando el pago al número de cuenta provisto por usted. De haber algún error en el número de cuenta provisto, no nos haremos responsables por el recobro del mismo.**