

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: Favor completar este formulario en todos sus apartados según aplique a su reclamación de beneficios e incluir los documentos que correspondan.	
✓ SELECCIONE ADITAMENTO QUE RECLAMA:	DOCUMENTOS REQUERIDOS:		
<input type="checkbox"/> 1. ESTANCIA EN HOSPITAL	<input type="checkbox"/> Sala de Emergencia por Enfermedad: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones y notas médicas. <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia por Accidente: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones, evidencia de pago por gastos incurridos por el Asegurado, notas médicas. <input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo: Completar partes A, B y C del formulario de Reclamaciones, factura de hospitalización que indique diagnóstico, fecha de admisión y de alta, "Discharge Summary", Notas de Admisión y documentos adicionales que se requieran. <input type="checkbox"/> Hospitalización: Completar partes A, B y C y Discharge Summary. <input type="checkbox"/> Convalecencia posterior a Sala de Emergencia, Hospitalización o Cuidado Intensivo: Completar partes A, B y D del formulario de Reclamaciones. Certificado Patronal o Certificado del Colegio según aplique.		
<input type="checkbox"/> 2. TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y OTROS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completar partes A, B y C (en todas sus partes) del formulario de Reclamaciones. ▪ Factura completa del período de Hospitalización en que ocurre el Trasplante. ▪ Facturas de estudios, laboratorios, placas y biopsia que se haya realizado 10 días antes del trasplante. ▪ Evidencia de Transportación Aérea (Pasajes) de Paciente, Acompañante y Donante (si aplica). ▪ Evidencia de Costos de Hospedaje y Comida (si aplica), que concuerden con el período de Hospitalización y Transportación Aérea. ▪ Costos de Cultivo de Médula Ósea (si aplica). ▪ Evidencia de costos de Adquisición de Órganos y Tejido (Donante Vivo o Fallecido). ▪ Evidencia de pago de Enfermera Privada durante la Hospitalización (si es recomendada por el médico). 		
<input type="checkbox"/> 3. PAGO ÚNICO POR PRIMER DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lectura de patología donde indique el diagnóstico positivo, u otros adicionales que se requieran. ▪ Completar partes A, B y D del formulario de Reclamaciones. 		
<input type="checkbox"/> 4. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y OTRAS CONDICIONES (documentos adicionales podrían ser requeridos)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Según Aplique el beneficio descrito en la póliza: Copia de la querrela a la policía, al FBI o a la INTERPOL. Exámenes médicos, según sea la agresión, de un ginecólogo, proctólogo y/o gastroenterólogo junto con una certificación que confirme que hubo una agresión sexual. Recibo de los gastos médicos incurridos por el Asegurado por Emergencia debido a Accidente por alguna de las causales cubiertas. Certificación de Diagnóstico de Estrés Posttraumático otorgada por un Psiquiatra en Puerto Rico como consecuencia de una de las causales cubiertas. Carta Oficial del Patrono notificando que se encuentra en licencia por enfermedad. Certificación Médica que indique se encuentra totalmente incapacitado por alguna de las causales cubiertas. Resultado de la prueba que certifique la enfermedad sexualmente transmitida junto con la evidencia médica de un ginecólogo, proctólogo o gastroenterólogo que certifique que la enfermedad sexualmente transmitida fue adquirida en el acto de la agresión sexual. Certificado de Nacimiento, Certificado de Defunción e Informe de Autopsia o Necropsia. Evidencia de que estuvo presente como rehén en un avión, barco o en una institución bancaria o financiera. 		
ADITAMENTO DE MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO Y OTRAS PÉRDIDAS CUBIERTAS:			
<input type="checkbox"/> 5. MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completar formulario de Reclamación Parte A y B, Querrela de la Policía, Acta de Defunción (RD-77 Original) y documentos adicionales que sean requeridos. 		
<input type="checkbox"/> 6. PRÓTESIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Completar formulario de Reclamación Parte A y B, Querrela de la Policía, recibo de pago por los gastos incurridos por el Asegurado por concepto de prótesis para reemplazar el desmembramiento. 		
<input type="checkbox"/> 7. OTROS BENEFICIOS DEBIDO A TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> Dislocaciones o Fracturas: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones. Según aplique notas médicas por Sala de Emergencia, "Discharge Summary" por Hospitalización y/o Evidencia de Servicios Médicos prestados. <input type="checkbox"/> Traumas: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones. Según aplique notas médicas por Sala de Emergencia, "Discharge Summary" por Hospitalización y/o Evidencia de Servicios Médicos prestados. <input type="checkbox"/> Quemaduras: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones. Según aplique notas médicas por Sala de Emergencia, "Discharge Summary" por Hospitalización y/o Evidencia de Servicios Médicos prestados. <input type="checkbox"/> Terapias Físicas: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones. Según aplique "Discharge Summary" por Hospitalización y/o Evidencia de Servicios Médicos prestados. <input type="checkbox"/> Orden Médica para Convalecer en el Hogar debido a Accidente: Completar partes A, B y D del formulario de Reclamaciones. Certificado Patronal o Certificado del Colegio según aplique. <input type="checkbox"/> Visita a Sala de Emergencia o Médico Tratante por Accidente cuyas pérdidas no estén en la Tabla: Completar partes A y B del formulario de Reclamaciones y notas médicas. <input type="checkbox"/> Hospitalización por Accidente: Completar partes A, B y C y Discharge Summary. <input type="checkbox"/> Otros: _____		
PARTE B		PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (LETRA DE MOLDE)	
1. Número de la póliza:	2. Nombre completo del asegurado principal:	3. Seguro Social del Asegurado principal: [][]-[][]-[][][][]-[][][][]	
4. Fecha de nacimiento del paciente:	5. Nombre completo del paciente:	6. Seguro Social del paciente: [][]-[][]-[][][][]-[][][][]	
7. Teléfono residencial:	8. Dirección postal:	9. Parentesco con el asegurado principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo dependiente	
10. Teléfono de la oficina:		11. Nombre de su plan médico	
12. Correo electrónico:	13. Describa brevemente cómo se produjo el accidente:	14. ¿Dónde ocurrió el accidente?	
15. ¿Cuándo ocurrió el accidente o primeros síntomas? Fecha/ Hora: _____	16. Diagnóstico y parte corporal afectada o enfermedad (completar en todos los casos):		

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, ayudare 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 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 a entregar a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** información o documentos necesarios para determinar mis beneficios.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O TESTIGO

FECHA

PARTE C PARA SER COMPLETADO POR EL HOSPITAL (No aplica en caso de Sala de Emergencia y/u Hospitalización Ambulatoria)

1. NOMBRE DEL HOSPITAL: _____

2. DIRECCIÓN POSTAL DEL HOSPITAL: _____

3. CERTIFICO QUE EL PACIENTE: _____

Fue Hospitalizado(a)

Desde: (Admisión)

Hasta: (Alta)

4. FAVOR INDICAR SI ESTA HOSPITALIZACIÓN FUE DEBIDO A:
 Accidente. Fecha en que ocurrió el accidente: _____
 Enfermedad. Fecha de los primeros síntomas: _____

5. DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE Y CÓDIGO ICD-10: _____

6. ¿EL PACIENTE ESTUVO EN SALA DE INTENSIVO? Sí Desde: _____ Hasta: _____
 (Si su respuesta es "Sí", indicar el período de intensivo) No

Nombre de oficial de admisiones u oficial autorizado

Firma oficial de admisiones u oficial autorizado

Fecha

SELLO OFICIAL DEL HOSPITAL

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)

PARTE D PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO (Solamente si hubo convalecencia)

1. NOMBRE DEL PACIENTE: _____

2. DIAGNÓSTICO Y CÓDIGO ICD-10: _____

3. ¿EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO? Sí Desde: _____ Hasta: _____
 Si su respuesta es "Sí", indique el período de hospitalización y el nombre del hospital. No

4. NOMBRE DEL HOSPITAL: _____

5. INDIQUE SI ES EMERGENCIA POR ENFERMEDAD: Sí No

6. CERTIFICACIÓN MÉDICA POR CONVALECENCIA NECESARIA PARA RECUPERACIÓN: _____ Desde: _____ Hasta: _____

7. NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA DE MOLDE): _____

8. NÚMERO DE LICENCIA: _____

9. ESPECIALIDAD: _____

10. 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, que impiden la realización de tareas cotidianas o laborales del paciente. El tiempo para convalecencia no fue sugerido ni solicitado por el paciente.

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

TELÉFONO DE LA OFICINA

COMENTARIOS: _____

PARTE E PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO O COLEGIO

1. NOMBRE DEL EMPLEADO O ESTUDIANTE:	
2. NOMBRE DEL COLEGIO:	3. NOMBRE DEL PATRONO:
4. DIRECCIÓN DEL COLEGIO:	5. DIRECCIÓN DEL PATRONO:
6. SEGURO SOCIAL (ÚLTIMOS 4 NÚMEROS) _____ / ____ / _____	7. NÚMERO DE EMPLEADO O ESTUDIANTE:
8. OCUPACIÓN:	9. TIEMPO EN LA OCUPACIÓN:
10. ¿CUÁNDO FUE EL ÚLTIMO DÍA FÍSICAMENTE QUE ASISTIÓ A CLASES O EL ÚLTIMO DÍA TRABAJADO? (mes/día/año):	
11. ¿CUÁNDO SE REINCOPORÓ A CLASES O AL TRABAJO? (mes/día/año):	

12. PAGO LICENCIA A EMPLEADO

CONDICIÓN:	VACACIONES:	OTROS (Especifique):
Desde (mes/día/año): _____	Desde (mes/día/año): _____	Desde (mes/día/año): _____
Hasta (mes/día/año): _____	Hasta (mes/día/año): _____	Hasta (mes/día/año): _____
Cantidad \$: _____	Cantidad \$: _____	Cantidad \$: _____

13. ¿Está relacionada la incapacidad o convalecencia con su ocupación? Sí No

_____	_____
NOMBRE DEL OFICIAL AUTORIZADO	TELÉFONO DE LA OFICINA
_____	_____
FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO	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.**