

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

CÁNCER PLAN PLATINO (X)
 SAC PLUS

CÁNCER PLAN OPTIMO (Q)
 MULTI CRITICAL ILLNESS

VITAL 360
 OTRO

PARTE A		Instrucciones Al Empleado - Reclamante	
<input type="checkbox"/> Incapacidad Total	<ul style="list-style-type: none"> • Conteste total y claramente todas las preguntas que aparecen en la DECLARACION DEL EMPLEADO • Lleve a su médico y a su patrono la solicitud para que completen las partes que le correspondan al dorso de este formulario • Incluya los siguientes documentos, según le apliquen: Forma 1021 del FSE, Récord Médico del especialista que lo incapacitó • Cualquier otro documento podría ser requerido 		
<input type="checkbox"/> Ama de Llaves <i>(Requiere que la Incapacidad Total sea aprobada)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificación de su médico tratante que confirme si se encuentra postrado en una cama, silla de ruedas o incapacitado de utilizar su mano dominante • Copia de los cheques endosados emitidos a nombre del ama de llaves • Certificación del Ama de Llaves que indique su nombre, teléfono, dirección postal, los días trabajados, el pago diario recibido y el método de pago por el cual recibió el pago • Aplica solamente póliza Multi Critical Illness 		
<input type="checkbox"/> Pañales Desechables <i>(Requiere que la Incapacidad Total sea aprobada)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificación de su médico tratante que justifique la necesidad del uso de pañales y/o "pads" desechables • Recibos de compra por uso de pañales y "pads" desechables • Aplica solamente póliza Multi Critical Illness 		
Importante: Dar aviso por escrito de la Reclamación a Multinational Life Insurance Company dentro de los veinte (20) días después de haber ocurrido o comenzado alguna pérdida cubierta por este Aditamento, o tan pronto como sea razonablemente posible, pero sin que exceda el término de doce (12) meses			
PARTE B		Declaración Del Empleado (completar en letra de molde)	
1. Número de la póliza	2. Nombre completo del asegurado	3. Seguro social: _____ / _____ / _____	
4. Fecha de nacimiento (m/d/a)	5. Edad	6. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	7. ¿Es usted jefe de familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)	10. Dirección postal (Urbanización, Número, Calle, Ciudad o Pueblo, Código Postal)		
9. Teléfono residencial o celular	11. ¿Está o estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Admisión (m/d/a): _____ / _____ / _____ Alta (m/d/a): _____ / _____ / _____		
12. Si contesta "Sí", indique nombre y dirección del hospital			
13. Ocupación	14. Último día trabajado anterior a esta incapacidad (m/d/a) _____/_____/_____	15. Primer día en que estuvo incapacitado para trabajar, aunque sea sábado, domingo o día feriado (m/d/a): _____ / _____ / _____	
16. a) Nombre y Dirección exacta del médico que lo atiende actualmente:		17. Describa brevemente su enfermedad o lesiones. Si la incapacidad se debe a accidente, especifique cuándo, dónde y cómo ocurrió	
16. b) Nombre y Dirección de cualquier otro médico que lo haya atendido en los últimos dos años:		18. ¿En qué fecha aproximadamente comenzaron los primeros síntomas de la condición o enfermedad?	
19. ¿Recibe usted o ha recibido alguna pensión por incapacidad, desempleo o retiro público o privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "Sí", indique: Nombre del patrono: _____ Fecha desde que lo recibe (m/d/a): Desde _____ / _____ / _____ Hasta _____ / _____ / _____ Entidad que paga el beneficio: _____ Cantidad mensual \$ _____			
20. Historial de Trabajo (indique patronos para quienes trabajó en los últimos 12 meses)			
Nombre del Patrono	Dirección del Patrono	Desde	Hasta
Patrono Actual			
Otro Patrono			
Otro Patrono			
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, Autorización y Firma			
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.			
Fecha	Firma	Teléfono	
Firma del Testigo de la marca (en caso de que el asegurado firme con una X)		Dirección y Teléfono del testigo	

PARTE C		Certificado Médico Completado por el Médico que lo Incapacita	
1. Nombre del Paciente		2. Edad	
3. Naturaleza de la enfermedad o lesión (describa complicaciones, si alguna y códigos de diagnósticos (ICD-10))			
4. Fecha en que aparecieron los primeros síntomas u ocurrió el accidente (m/d/a): ____/____/____			
5. Naturaleza del procedimiento quirúrgico, si alguno (describa en detalle)		6. Fecha en que se realizó el procedimiento o tratamiento (m/d/a): ____/____/____	
7. Si el paciente estuvo hospitalizado, nombre del hospital y el periodo de admisión: Desde (m/d/a): ____/____/____ Hasta (m/d/a): ____/____/____			
8. Suministre fechas de tratamientos incluyendo fecha de la primera consulta (m/d/a): ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____ ____/____/____ - ____/____/____ - ____/____/____			
9. El paciente ha estado continuamente incapacitado (sin poder trabajar) desde: (m/d/a): ____/____/____			
10. a) ¿Considera usted la incapacidad del paciente de carácter total, que le impedirá trabajar en cualquier tipo de ocupación remunerada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
b) Fecha en que el paciente se incapacitó de esta forma (m/d/a): ____/____/____			
c) ¿Considera usted la incapacidad de carácter total pero no permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "No", por favor explique:			
Si contesta "Sí", indique fecha aproximada en que el paciente podrá volver a trabajar: (m/d/a): ____/____/____			
d) ¿Considera usted la incapacidad de tipo parcial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta "Sí", explique			

11. Certificación y Firma: Certifico que la información arriba indicada en mi opinión realmente describe la incapacidad del reclamante y la duración aproximada de la misma.			
12. Nombre del Médico (en letra de molde):		13. Teléfono	
14. Dirección del Médico			
Firma del Médico		Número de Licencia	
Fecha			

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				Certificación del Patrono			
1. Nombre del empleado		2. Número de Seguro Social ____ - ____ - ____		3. Fecha de empleo (m/d/a): ____/____/____		4. Salario Regular Semanal \$ _____	
5. Ocupación		6. Describa las funciones de la posición que ocupa el empleado					
7. Ultimo día trabajado por el reclamante (m/d/a): ____/____/____				8. ¿Ha regresado a trabajar? En caso afirmativo indique (m/d/a): ____/____/____			
9. ¿Está la incapacidad relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo indique Núm. del Caso _____							
¿Llenó el informe de Accidente del Trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: Mes _____ Día _____ Año _____							
10. ¿Hizo o hará algún pago al reclamante por el período de incapacidad que nos reclama? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

LICENCIAS PAGADAS POR EL PATRONO										
Licencia	Desde			Hasta			Fecha en que efectuó o efectuará el pago			Cantidad Total pagada (Bruta)
	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	
<input type="checkbox"/> Vacaciones regulares										\$
<input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad										\$
<input type="checkbox"/> Otro										\$

Certificación y Firma: Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Conozco que la Ley impone penalidades severas, como multa o cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa relacionada con una reclamación de beneficios por incapacidad.

Nombre del Patrono		Teléfono	
Dirección del Patrono		Título	
Nombre del Representante Autorizado de Recursos Humanos		Fecha	
Firma del Representante 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: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> 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.