

No. Reclamación: _____

FORMULARIO DE RECLAMACION

Pagador de la Póliza: _____ Núm. S.S. _____

Datos del Reclamante (se refiere al afectado):

Nombre _____ Núm. S.S. _____ Fecha Nacimiento: d m a

Si hubo cambio de dirección postal, favor completar para actualizar la misma. Dirección postal: _____

E-mail _____

Teléfono _____ Relación con Asegurado Principal: _____

Patrono del pagador de la póliza _____

Requisito de Información:

1. De estar reportado al Fondo del Seguro del Estado, favor de proveer la **Forma 1021 actualizada**.
2. En caso de estar de alta o trabajando con tratamiento (CT), favor de incluir la **Forma 395**.

AUTORIZACION Y CONFIRMACION

Por este medio autorizo a cualquier médico con licencia para ejercer su profesión, hospital, clínica u otra facilidad médica, Compañía de Seguros, el "Medical Information Bureau", u otra organización, institución o personas que tuvieran algún récord o conocimiento de mi estado de salud y de cualquier miembro de mi familia, a transferir a TOLIC, tal información. Esta autorización estará vigente por un período de 12 meses a partir de la fecha del reclamo. Una copia fotostática de esta Autorización y Confirmación será tan válida como el original.

AVISO IMPORTANTE

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 o 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.

_____ Aceptado conforme:

d m a

 Fecha

_____ Firma del Reclamante

INFORME DE PROGRESO DE MEDICO EXAMINADOR

Nombre del Paciente _____ Edad _____

1. ¿Continua el paciente incapacitado totalmente sin poder trabajar? Sí _____ No _____ Si afirmativo, Hasta cuando d m a

2. ¿Cuando será capaz de trabajar bajo tratamiento? Desde d m a

Comentarios Adicionales _____

3. Diagnóstico de la incapacidad: _____

_____ d m a
 Firma del Médico Examinador Fecha Especialidad

_____ Nombre en Letra de Molde Número de Licencia

_____ Dirección Teléfono

PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO DEL RECLAMANTE

1. Nombre del empleado _____ Ultimo día de trabajo d de m de a

2. ¿Fue dado de alta por el Fondo del Seguro del Estado o por su médico? Sí _____ No _____ ; Si afirmativo cuando d m a

3. ¿Se reintegró a su trabajo? Sí _____ No _____ Si afirmativo, en que fecha d de m de a

4. Licencia de Maternidad Sí No Desde: d m a Hasta: d m a 5. Plan Médico _____ Costo

\$ _____ Pagador de la Prima _____ 6. Fecha de efectividad o renovación d m a

CERTIFICO, que soy un representante autorizado del patrono del reclamante aquí nombrado, y que ofrezco esta información a **TOLIC** y que la misma está completa y correcta.

PATRONO _____ Teléfono _____

Firma Ger. Recursos Humanos _____ Nombre en Letra de Molde _____

Firma y Título de persona autorizada _____ Fecha d m a

NO SE ACEPTARA ESTE FORMULARIO DE NO ESTAR COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PATRONO

Reclamante

Reclamante

Médico

Médico

Patrono

Patrono