

**FORMULARIO DE RECLAMACION**  
**MANTENIMIENTO DE BUENA SALUD**

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: \_\_\_\_\_

**1. Favor marcar la prueba por la cual reclama el beneficio:**

- Mamografía  Sonomamografía  Papanicolaou  
 Colonoscopia  PSA  Spiral CT  Otra: \_\_\_\_\_

**2. Ha recibido usted tratamiento o se le ha diagnosticado Cáncer?**  Si  No **Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Fecha del diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Requisito de Información:**

1. Copia del resultado del estudio realizado
2. El formulario de facturación del plan médico Forma 1500

**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.

Acceptado conforme:

d m a

Fecha

Firma del Reclamante