

BENEFICIO SOLICITADO	
_____	Muerte Accidental
_____	Desmembramiento

**FORMULARIO DE RECLAMACION**

Si desea cambiar dirección postal marque aquí

**Asegurado Principal:** \_\_\_\_\_ **Núm. S.S.** \_\_\_\_\_ **Núm. Empleado:** \_\_\_\_\_

**Datos del Reclamante:**

Nombre \_\_\_\_\_ **Núm. S.S.** \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento    d    m    a

Dirección postal que desea recibir la correspondencia: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con Asegurado: \_\_\_\_\_

**Datos de la persona Fallecida (en caso de muerte accidental):**

Nombre \_\_\_\_\_ **Núm. S.S.** \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento    d    m    a

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con Asegurado: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Patrono del pagador de la póliza**

**RECLAMACION POR MUERTE ACCIDENTAL**

(Favor de acompañar informe final de la Policía y Certificado de Defunción original)  
 (Favor de contestar todas las preguntas)

1. ¿Cuándo ocurrió el accidente que causó la muerte? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
3. ¿En qué lugar ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
4. Fecha de la muerte \_\_\_\_\_
5. Nombre del beneficiario \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**RECLAMACIÓN POR DESMEMBRAMIENTO**

1. ¿Cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
2. ¿Cómo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
3. ¿En que lugar ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
4. Fecha de la pérdida \_\_\_\_\_
5. Extremidad o parte del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_

**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

Nombre en Letra de Molde

Firma del Reclamante

Reclamante

Reclamante

## INFORME DEL MEDICO EXAMINADOR

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

1. Diagnóstico: Dx \_\_\_\_\_ Código de ICD: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo se le consultó por primera vez esta condición? \_\_\_\_ d \_\_\_\_ de \_\_\_\_ m \_\_\_\_ de \_\_\_\_ a \_\_\_\_

3. ¿Cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_\_ d \_\_\_\_ de \_\_\_\_ m \_\_\_\_ de \_\_\_\_ a \_\_\_\_

4. Parte o partes del cuerpo afectada(s) \_\_\_\_\_

5. ¿Cuándo ocurrió la pérdida o desmembramiento? \_\_\_\_\_

6. ¿A qué altura de la extremidad ocurrió la pérdida? \_\_\_\_\_

7. Si hubo algún procedimiento quirúrgico, indique:

Descripción \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código CPT \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_ d \_\_\_\_ m \_\_\_\_ a \_\_\_\_

8. En caso de pérdida de visión o de uno o varios ojos, ¿fue esta pérdida parcial o completa? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique:

9. Describa cualquier otra enfermedad o dolencia que afecte la presente condición \_\_\_\_\_

10. ¿Desde cuando la padece? \_\_\_\_ d \_\_\_\_ m \_\_\_\_ a \_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ d \_\_\_\_ de \_\_\_\_ m \_\_\_\_ de \_\_\_\_ a \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Examinador

\_\_\_\_\_  
Especialidad

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Médico

Médico