



SOLICITUD DE BENEFICIOS DE CANCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS

Número de Póliza: _____

Instrucciones: Favor de marcar el beneficio por el cual reclama y completar la solicitud. Una vez haya completado la solicitud, envíela a la siguiente dirección:

USIC Life Insurance Company
Dpto. de Reclamaciones
PO Box 2111
San Juan, PR 00922-2111

X	BENEFICIO	DOCUMENTOS REQUERIDOS
	Hospitalización	- Resumen de Alta "Discharge Summary". - Factura detallada de la hospitalización.
	Drogas y Medicina	Factura del hospital con desglose de cargos incurridos por medicina.
	Servicio de Enfermera	- Certificación Médica y recomendación del servicio de enfermera privada. - Gastos incurridos por Servicio de Enfermera que indique nombre, fecha de servicio, dirección y número de licencia.
	Médico de Cabecera	Factura con costo, fecha de servicio y nombre del médico.
	Anestesia	Factura del anestesiólogo que indique fecha de servicio, código de CPT y el costo.
	Rayos X, Radioterapia, Quimioterapia	- Factura que indique fecha de servicio, gastos incurridos y código del CPT. - Factura con el nombre del medicamento, fecha de servicio y costo.
	Sangre y Plasma	Factura detallada del tratamiento y periodo de hospitalización.
	Ambulancia	Factura de gastos incurridos que indique la compañía que presto el servicio con la fecha de servicio y el costo.
	Transportación Terrestre o Aérea	- Evidencia médica del tratamiento donde indique las fechas de servicio. - Carta indicando lugar donde recibe el tratamiento. - Carta del médico encargado que indique que el tratamiento no puede ser ofrecido en PR. - Talonnario o copia del boleto de avión.
	Transportación Aérea y Terrestre del Acompañante	- Carta del médico encargado que indique que el tratamiento no puede ser ofrecido en PR. - Talonnario o copia del boleto de avión. - Factura del hotel.
	Cirugía	Factura de gastos incurridos que indique fecha de servicio, código de CPT y costo.
	Prótesis del Seno y otras Prótesis	Factura que indique fecha de servicio, código de CPT y el costo.
	Reconstrucción del Seno	- Reporte de operación. - Factura del cirujano que indique fecha de servicio, código CPT y costo.
	Gasto Funeral	- Certificado de defunción. - Factura certificada por la funeraria con nombre de la persona que incurrió en los gastos.
	Indemnización por Pérdida de Ingreso	- Declaración Patronal. - Resumen de alta "Discharge Summary".
	Cuidado Intensivo	Certificación del hospital con hora y fecha exacta de admisión y alta y diagnóstico.
	Hogar de Convalecencia	- Referido del médico. - Factura de la institución con periodo de estadía.
	Diagnóstico por Primera Vez	- Reporte de patología que indique el diagnóstico. - Factura de estudios.
	Servicio Ama de Llaves	- Evidencia médica. - Factura con nombre, dirección, teléfono de la persona que ofrece el servicio y fecha de servicio.
	Terapia Experimental	- Certificación médica. - Factura de gastos incurridos con fecha, código de CPT y costo.
	Pañales Desechables	- Factura de gastos incurridos. - Certificación médica.
	Medicina Alternativa, Yoga-Terapia, Terapia del Dolor y Acupuntura	- Certificado de la Institución. - Factura o recibo de gastos incurridos de servicio. - Certificación del instructor.
	Pruebas de Mantenimiento	Factura con fecha de servicio, código de CPT y costo.
	Beneficio Adelantado	Carta del médico encargado que certifique el diagnóstico de cáncer terminal.
	Cirugía segunda opinión o tercera opinión	- Notas médicas de la primera y/o segunda opinión. - Factura con código de CPT.
	Cáncer Terminal	- Carta del médico encargado que certifique el diagnóstico. - Notas médicas.

INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre: _____ Seguro Social: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección Residencial: _____ Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Ocupación: _____

INFORMACION DEL RECLAMANTE (PACIENTE)

Nombre: _____ Seguro Social: _____
Dirección Residencial: _____ Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Parentesco con Asegurado Principal: _____ Ocupación: _____

¿Se le ha diagnosticado Cáncer o alguna Enfermedad Temida anteriormente? Si ☐ No ☐

De contestar afirmativo, favor de indicar ¿Cuándo? _____

Nombre, dirección y teléfono de los médicos y hospital donde lo hayan atendido en los últimos dos (2) años:

CERTIFICADO MEDICO

1. Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
2. Diagnóstico Primario: _____ ICD9: _____ Fecha: _____
3. Diagnóstico Secundario: _____ ICD9: _____ Fecha: _____
4. ¿Hubo complicaciones? Explique: _____
5. ¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas? _____
6. ¿Estuvo hospitalizado el reclamante por la condición? Desde: _____ Hasta _____
7. ¿Estuvo recluso en una Unidad de Cuidado Intensivo? Desde _____ Hasta _____
8. ¿Ha recibido el paciente tratamiento o atención médica para condiciones cancerosas en los últimos dos (2) años?
☐ Si ☐ No. Si su respuesta es Si, explique detalladamente: _____
9. ¿Qué tratamiento se le esta brindando al paciente? (terapias, medicamentos, etc.) _____
10. Si le fue referido el paciente, indique el nombre de los médicos que lo hayan atendido por esta condición: _____
11. ¿Consultó el paciente algún otro médico para esta condición o condiciones que agravaron durante los últimos dos (2) años? Si ___ No ___ Explique: _____
12. ¿Está el paciente en condiciones de trabajar? Si _____ No _____

13. Fecha que se recuperó o fecha posible de recuperación: Día _____ Mes _____ Año _____

Certifico que la condición médica, en mi opinión realmente describe la situación del paciente. Igualmente certifico que soy un médico autorizado a ejercer la profesión.

Nombre médico: _____

Especialidad: _____

Dirección: _____

Número de Licencia: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____

DECLARACION DEL PATRONO

1. Nombre del empleado: _____ Seguro Social: _____

2. Número de empleado: _____

3. Último día que asistió al trabajo: día _____ mes _____ año _____

4. Fecha que regresó al trabajo: día _____ mes _____ año _____

5. Tipo de empleo: regular _____ temporero _____

6. Jornada: completo _____ parcial _____ contrato _____ transitorio _____

7. ¿Está el empleado recibiendo o recibirá algún pago por licencia de: ☐ Vacaciones ☐ Enfermedad. Favor de indicar el periodo pagado o por pagar: desde _____ hasta _____

8. ¿Está el empleado reclamando o recibiendo beneficios bajo la Ley de Comp. por accidente del trabajo (Fondo) por esta incapacidad? Sí _____ No _____. En caso afirmativo indique número de caso _____

9. ¿Está el empleado recibiendo beneficios por el Seguro Social? Si _____ No _____. En caso afirmativo, indique la fecha: día _____ mes _____ año _____

Nombre del patrono: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre y título de la persona autorizada: _____

Firma: _____ Fecha: _____

AVISO IMPORTANTE

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 presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, 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.

CERTIFICACION Y AUTORIZACION

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 USIC Life Insurance Company cualquier información pertinente a esta solicitud.

Certifico que he leído y entiendo lo antes expuesto.

NOMBRE DEL ASEGURADO

FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO