



SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA ENDOSOS OPCIONALES

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	DOCUMENTO REQUERIDO
	Muerte Accidental, Desmembramiento e Indemnización por Hospitalización debido Accidente o Cualquier Causa	<ul style="list-style-type: none">• Certificado de defunción con causa de muerte.• Informe de Forense.• Notas de Progreso.• Reporte de Cirugía.• Prescripción Médica que indique autorización de reclusión.• "Discharge Summary" que indique fecha de admisión y alta y diagnóstico.
	Convalecencia en el Hogar <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ampliado	<ul style="list-style-type: none">• Certificación médica recomendado reposo.• Notas de Progreso de las visitas médicas.
	Pérdida de Ingreso debido a Incapacidad Total	<ul style="list-style-type: none">• Evidencia médica.• Informe Patronal.• Fondo del Seguro: Forma 1021, Forma 395, Tarjeta Citas.
	Tratamiento Médico de Emergencias	<ul style="list-style-type: none">• Reporte de sala.• Factura de gastos incurridos del hospital.• Notas de progreso, reporte de cirugía.• Reporte de Rayos X.• Reporte de Procedimientos de sutura.
	Tratamiento Médico Ampliado Posterior a Servicios para Tratamiento de Emergencia por Accidente	<ul style="list-style-type: none">• Declaración del médico que atendió la emergencia.• Copia de la orden médica para adquisición de equipo ortopédico.• Factura de gastos incurridos con código de diagnóstico y tratamiento.
	Cirugía Cardiovascular, Periferovascular y Enfermedades del Corazón	<ul style="list-style-type: none">• Evidencia médica del cardiólogo.• Informe Post Operatorio.• Facturas de gastos incurridos.
	Trasplante de Órganos	<ul style="list-style-type: none">• Notas o evidencia médica.• Factura con código de procedimientos.• Certificación médica.• Talonario o copia del boleto de avión.• Factura del hotel.
	Exoneración de Pago de Prima	<ul style="list-style-type: none">• Certificación Patronal.• Evidencia Médica que documente su incapacidad por más de seis (6) meses.
	Hospitalización debido a Enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• Certificación médica.• "Discharge Summary" que indique fecha de admisión y alta.
	Indemnización de Pago Único Por Diagnóstico de Cáncer por Primera Vez	<ul style="list-style-type: none">• Notas de progreso o evidencia médica.• Reporte de Patología.
	Cuidado Intensivo	<ul style="list-style-type: none">• Certificación del hospital que indique fecha y hora exacta de admisión y alta con diagnóstico.

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: _____

Explique brevemente cuándo, como y dónde ocurre el accidente:

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 recluido en una Unidad de Cuidado Intensivo? Desde _____ Hasta _____
8. ¿Qué tratamiento se le está brindando al paciente? (terapias, medicamentos, etc.) _____
9. ¿Se le ha realizado o es candidato el paciente a algún trasplante de órganos? Si ___ No ___ ¿Cuál? _____
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. Si la condición es el resultado de un accidente, ¿Hubo fractura o dislocación? _____
13. ¿Hubo quemadura? Si ___ No ___ Indique el grado _____ % del Cuerpo _____
14. ¿Por cuánto tiempo estima que el paciente este incapacitado para trabajar? Desde _____ Hasta _____
15. El paciente esta incapacitado parcialmente desde _____ hasta _____

16. ¿Está el paciente en condiciones de trabajar? Si _____ No _____
17. ¿Está la incapacidad relacionada con su embarazo? Si _____ No _____ Fecha de parto _____
18. ¿Está la incapacidad relacionada a su trabajo? Si _____ No _____
19. 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. Numero 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? Si _____ 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

FIRMA DEL ASEGURADO

FECHA