

Formulario de Reclamación de Accidente y Salud

Instrucciones

Usted debe hacer referencia a su póliza de seguro al momento de someter la reclamación correspondiente.

En caso de que su reclamación sea por Hospitalización, Cáncer, Enfermedades Graves, Desmembramiento, Incapacidad, SINOT, Servicios Ambulatorios o Muerte Accidental, favor de someter la prueba médica necesaria de acuerdo a su póliza:

- a) Hospitalización – Entregar evidencia del resumen de admisión y alta. Si la reclusión fue de 10 días o más, someter además la facturación del hospital.
b) Servicio ambulatorio - Evidencia del servicio médico recibido y/o del reporte de la operación o cirugía ambulatoria.
c) Cáncer- Evidencia del reporte de patología y de todos los récords médicos del tratamiento recibido por la condición.
d) Enfermedades Graves- Copia de los récords médicos relacionados al tratamiento de la enfermedad diagnosticada.
e) Muerte Accidental - Certificado defunción, reporte de la policía y cualquier otro documento relevante al accidente.
- De reclamar beneficios por incapacidad deberá completar las partes I, II y III de este formulario.
- Todo tipo de reclamación que se presente, el asegurado o reclamante debe completar la parte I. Si el reclamante no es el asegurado principal usted debe presentar evidencia de elegibilidad según lo requiera su póliza.
- Su médico deberá completar el Certificado Médico que se indica en la Parte III. **(Todos los casos)**
- Firma de autorización y certificación.

Nota: Nos reservamos el derecho de solicitar documentos adicionales de ser necesario.

Parte I - Informe del Reclamante

- Nombre del Asegurado Principal _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ (Mes/Día/Año)
- Dirección Residencial _____
- Dirección Postal _____
Seguro Social _____
- Tel. Residencial o Celular _____ Correo electrónico _____
- Número de Póliza _____ Núm. Cuenta Bancaria _____
- Nombre del Paciente _____ Relación con Asegurado _____
- Nombre, dirección y teléfono del patrono del Asegurado Principal (si aplica) _____

- Posición u ocupación actual _____
- Fecha en que se lesionó o enfermó: ____ / ____ / ____ (Mes/Día/Año)
- Fecha en que recibió tratamiento médico por esta condición por primera vez ____ / ____ / ____ (Mes/Día/Año)

11. Nombres y direcciones de los hospitales y médicos donde obtuvo atención médica por primera vez por la condición diagnosticada y de aquellos con los cuales ha continuado recibiendo tratamiento de seguimiento por dicha condición:

12. De ser la pérdida reclamada a consecuencia de un accidente, favor describir cuándo, cómo y dónde ocurrió el mismo:

13. Fecha de Fallecimiento (si aplica) _____ (Mes/Día/Año)

14. De haber sido hospitalizado, indique el nombre del hospital _____

15. Fecha de hospitalización: Desde _____ Hasta _____

Fecha de la cirugía o servicio ambulatorio: _____

16. Ha recibido tratamiento médico por esta condición o alguna similar previamente? ☐ Sí ☐ No

17. De ser afirmativo, favor informar en qué fecha y el médico u hospital que lo atendió. _____

Autorización

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico o cualquier otra persona que me haya atendido o examinado, a cualquier otra entidad u organización en general, a otorgar a Chubb Insurance Company of Puerto Rico, o a sus representantes, cualquier información con respecto a cualquier enfermedad o lesión sufridos por mí; historial médico, consultas y/o tratamientos y a entregar información o copias de todos los expedientes o "records" que obren en sus archivos. Copia fotostática del original de esta autorización debe ser considerada tan válida y efectiva como su original. Nota: "Favor de incluir copia de la licencia ó identificación con foto para solicitar lo antes mencionado".

En _____ hoy día _____ de _____ 20 _____

Si la persona asegurada es menor, indique parentesco de la persona que firma la presente autorización.

Firma _____ Parentesco _____

Aviso

Artículo 27.320 - Código de Seguros De Puerto Rico

"Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude 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, será 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."

Parte II Formulario para los casos de Incapacidad (use letra de molde)

1. Nombre completo y apellidos _____
2. Núm. Seguro Social _____ 3. Núm. Empleado _____
4. Salario semanal regular _____ 5. Horario semanal regular _____
6. Salario utilizado para el pago de Ley 3 (maternidad) _____
7. Ocupación ☐ Exento ☐ No Exento 8. Si es chofer, núm. de licencia _____
9. El (la) empleado (a) cotiza para: ☐ Seguro choferil ☐ SINOT
10. Último día de trabajo _____
11. Razón de cesantía (si aplica) _____
12. Día que regresó a trabajar _____
13. ¿Es un patrono asegurado voluntariamente bajo la Ley 139 del Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporal (SINOT)? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía aseguradora con quien tiene la póliza de SINOT vigente:

14. Incapacidad relacionada con el trabajo: ☐ Sí ☐ No Núm. caso F. S. E. _____
- Incapacidad relacionada con accidente automóvil: ☐ Sí ☐ No Núm. caso ACAA _____
15. ¿Recibió algún pago el empleado durante su incapacidad? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique: _____

16. Fecha de comienzo en el empleo ____ / ____ / ____ (Mes/Día/Año)

17. Está usted asegurado por Incapacidad con cualquier otra organización? ☐ Sí ☐ No

18. De ser su contestación anterior afirmativa, indique nombre (s) dirección (es) de la (s) compañía (s), así como número de póliza (s) y beneficio (s):

19. Nombre y teléfono del Patrono y del Gerente de Recursos Humanos en donde trabaja: _____

Certificación

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Entiendo que el Código de Seguros impone penas graves como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Firma del reclamante (o su representante autorizado) _____ Fecha ____ / ____ / ____ (Mes/Día/Año)

Parte III Certificado Médico (a ser completado y firmado por su médico)

Patient Name: _____ Age: _____

Diagnosis and concurrent conditions: _____

Is condition due to injury or sickness arising out of patient's employment? ☐ Yes ☐ No Pregnancy? ☐ Yes ☐ No

Date symptoms first appeared or date of accident: _____

Date patient first consulted you for this condition: _____

Patient ever had same or similar condition? ☐ Yes ☐ No If "yes" when and describe: _____

Patient was referred to me by Dr. _____ Date patient consulted for this condition _____

Patient still under your care for this conditions? From _____ Thru: _____

Patient was partially disabled ☐ Yes ☐ No Period of convalescence care: _____

Limitations (if there is limitation, check and describe below)

☐ Standing _____ ☐ Climbing _____ ☐ Bending _____ ☐ Use of Hands _____

☐ Sitting _____ ☐ Walking _____ ☐ Stooping _____ ☐ Lifting _____

☐ Psychological _____ ☐ Other (state which) _____

Physicians Impairment ("as defined in Federal Dictionary of Occupational Titles") For disability claims only.

☐ Class 1-No limitation of functional capacity, capable of heavy work. No restrictions (0-10%)

☐ Class 2-Medium manual activity (15-30%)

☐ Class 3-Light limitation of functional capacity, capable of light work (35-55%)

☐ Class 4-Moderate limitation of functional capacity, incapable of minimal (sedentary) activity (60-70%)

☐ Class 5-Severe limitation of functional capacity, incapable of minimal (sedentary) activity (75-100%)

Remarks: _____

Extent of Disability

(a) Is patient still totally disabled?

From Patient's Regular Occupation

From Any Occupation

☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No

(b) If no. When patient will be able to return to work?

Mo _____ Day ____ 20__

Mo _____ Day ____ 20__

(c) If yes. When do you estimate patient will be able to resume any work?

☐ Approximate Date

Mo _____ Day ____ 20__

Mo _____ Day ____ 20__

☐ Indefinite ☐ Never

Does patient have other health coverage? ☐ Yes ☐ No

If "Yes" please identify. _____

Date: _____ (Month/Day/Year) Physician's name (print): _____

Signature: _____ License Number: _____

Office address: _____

_____ Telephone: _____