



#3 Munet Court, Pueblo Viejo
 PO Box 363467
 San Juan, PR 00936-3467
 TEL. (787) 620-2700 / 1-800-981-8662
<http://www.tolic.com>
 E-mail: servicioalcliente@tolicmail.tolic.com

No. Reclamación _____

BENEFICIO SOLICITADO	
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hospitalización
<input type="checkbox"/> Trasplante de Órganos	<input type="checkbox"/> Enfermedad
<input type="checkbox"/> Enfermedades Críticas	<input type="checkbox"/> Intensivo
	<input type="checkbox"/> Accidente
	<input type="checkbox"/> Emergencia

FORMULARIO DE RECLAMACION

Si desea cambiar dirección postal marque aquí

Pagador de la Póliza: _____ Núm. S.S. _____ Núm. Empleado _____

Datos del Reclamante (se refiere al afectado):

Nombre _____ Núm. S.S. _____ Fecha Nacimiento: ___ d ___ m ___ a

Dirección postal que desea recibir la correspondencia: _____

E-mail _____

Teléfono _____ Relación con Asegurado Principal: _____

Patrono del pagador de la póliza _____

(Favor de contestar todas las preguntas)

- ¿Cuál es el nombre de la enfermedad o la naturaleza de la lesión? _____
- ¿Cuándo sintió los primeros síntomas de su enfermedad o en que fecha ocurrió el accidente? ___ d de ___ m de ___ a
- ¿Cuándo consultó al médico por primera vez por esta condición? ___ d de ___ m de ___ a
- a. ¿Ha sido usted atendido por algún otro médico durante los últimos dos años? Sí _____ No _____
 Si contestó afirmativo, indique nombre completo del médico o médicos que le atendieron: _____
- b. ¿Por qué condición le atendió? _____
- Explique: ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente? _____
- ¿Cuando cesó sus labores? ___ d ___ m ___ a
- ¿Continua bajo tratamiento? Sí _____ No _____ Explique: _____
- ¿Cuál es su ocupación? _____
- Si el reclamante es mayor de 19 años, **favor incluir Certificación de Estudiante.**
- Estado civil del dependiente: casado soltero separado

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.

___ d ___ m ___ a

 Fecha

Aceptado conforme:

 Firma del Reclamante o Representante Legal **

PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO DEL RECLAMANTE

- Nombre del empleado _____
- Ultimo día de trabajo ___ de ___ de ___
- Tipo de Empleo: Regular _____ Temporero _____
- 3a. Jornada: Completo _____ Parcial _____ Contrato _____ Transitorio _____
- Incapacidad Ocupacional: Si _____ No _____
5. ¿Rindió informe de accidente o enfermedad ocupacional en el Fondo del Seguro del Estado? Sí ___ No ___ Indique la razón: _____
6. ¿Se reintegró a su trabajo? Sí _____ No _____ Si afirmativo, en que fecha ___ de ___ de ___
7. ¿Hubo alguna incapacidad anterior a la actual? Sí _____ No _____ Desde: _____ Hasta: _____
8. Plan Médico _____ Costo \$ _____ Pagador de la prima _____
9. Fecha de efectividad o renovación _____

CERTIFICO, que soy un representante autorizado del patrono del reclamante aquí nombrado, y que ofrezco esta información a **TOLIC** y que la misma está completa y correcta.

PATRONO _____ Teléfono _____
 Firma Ger.Recursos Humanos _____ Nombre en Letra de Molde _____
 Firma y Título de otra persona autorizada _____ Fecha _____

NO SE ACEPTARA ESTE FORMULARIO DE NO ESTAR COMPLETADO Y FIRMADO POR EL PATRONO

**Representante legal debe acompañar documento que le acredita como tal.

Patrono

Patrono

INFORME DEL MEDICO EXAMINADOR

Nombre del Paciente _____ Edad _____

1. Diagnóstico: Dx _____ Código de ICD: _____
2. ¿Cuándo se le consultó por primera vez esta condición? _____ de _____ de _____
3. ¿Cuándo sintió el paciente los primeros síntomas de esta condición? _____ de _____ de _____
4. ¿Cuándo ocurrió el accidente? _____ de _____ de _____
5. ¿Qué tratamiento se le está brindando al paciente? (Terapia, Medicamentos, Drogas, etc.) _____
6. ¿Se debe esta condición a embarazo? Sí _____ No _____ Si contestó afirmativo, indique fecha de comienzo del embarazo _____ d _____ m _____ a
7. ¿Se le ha realizado o es candidato el paciente a algún trasplante de órgano? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ Fecha _____ d _____ m _____ a
8. Si le fue referido el paciente, indique el nombre del o los médicos que lo hayan atendido por esta condición _____
9. ¿Consultó el paciente algún otro médico para esta condición o condiciones que agravaron estos durante los últimos 2 años? Sí _____ No _____ Explique: _____
10. Si hubo fractura o dislocación indique que tipo: Reducción abierta _____ Reducción cerrada _____
11. ¿Se debe este accidente a una quemadura? Sí _____ No _____ Indique el grado _____ % del Cuerpo _____
12. Si ésta condición es resultado de un accidente, indique dónde y cuándo recibió la primera ayuda:
 _____ Sala de Emergencia _____ Oficina del Doctor Fecha _____ d _____ de _____ m _____ de _____ a _____ Hora _____ AM / PM
13. ¿Anteriormente, ha tenido el paciente una condición igual o similar a ésta? Sí _____ No _____. Si contesta afirmativo, indique cuándo: _____ d _____ de _____ m _____ de _____ a _____ Describa: _____
14. ¿Por cuánto tiempo estima estará el paciente incapacitado totalmente sin poder trabajar? desde _____ d _____ m _____ a _____ hasta _____ d _____ m _____ a _____
15. Describa cualquier otra enfermedad o dolencia que afecte la presente condición Dx _____
16. ¿Desde cuando la padece? _____ d _____ m _____ a _____
17. Si hubo algún procedimiento quirúrgico, indique:
 Descripción _____
 Código CPT _____ Fecha _____ d _____ m _____ a
18. ¿Ha estado el paciente hospitalizado antes por alguna condición? Sí _____ No _____ si contesta afirmativo, indique desde _____ d _____ m _____ a _____ hasta _____ d _____ m _____ a _____
 Diagnóstico: Dx _____ Código de ICD: _____

Comentarios Adicionales _____
 Fecha _____ de _____ de _____
 _____ d _____ m _____ a

Firma del Médico Examinador	Especialidad
Nombre en Letra de Molde	Número de Licencia
Dirección	Teléfono

PARA SER COMPLETADO POR EL HOSPITAL*

Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____
 Dirección _____ Seguro Social _____ d _____ m _____ a

Tipo de Tratamiento: Ambulatorio _____ Hospitalizado _____

1. Período de Hospitalización en Cuarto Regular: Admitido _____ Fecha de Alta _____
2. **Período de Hospitalización en Cuidado Intensivo:** Tipo de Unidad _____
 Fecha de Admisión: _____ Hora: _____ a.m. _____ p.m. _____
 Fecha de Alta: _____ d _____ m _____ a _____ Hora: _____ a.m. _____ p.m. _____
3. Diagnóstico y Código ICD registrado en el expediente clínico: _____
 ¿Fue considerado como un Accidente? Sí _____ No _____ Si contesta afirmativo, favor de incluir la Factura de Sala de Emergencia.
4. Fechas de Admisiones Previas en este Hospital. _____ Código ICD _____

Nombre del Hospital _____ Núm. Seg. Soc. Patronal _____
 Firma Autorizada _____ Número del Expediente _____
 Nombre en Letra de Molde _____ Título _____ Fecha _____
 _____ d _____ m _____ a

****SELLO DEL HOSPITAL** _____

*En caso de que el Hospital no complete este formulario se podrá utilizar el resumen de alta (discharge summary). De haber estado recluido bajo el área de Cuidado Intensivo deberá someterse una certificación del hospital con hora de entrada y salida de dicha área.

**No es válido sin el sello del Hospital.

Médico

Médico

Hospital

Hospital