



#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](mailto:servicioalcliente@tolicmail.tolic.com)

BENEFICIO SOLICITADO  
 \_\_\_\_\_ Incapacidad Inicial

**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: \_\_\_\_\_

Patrono del pagador de la póliza \_\_\_\_\_

**(Favor de contestar todas las preguntas)**

(Si está reportado al Fondo del Seguro del Estado, favor de acompañar la forma 395 y 1021)

1. ¿Cuál es el nombre de la enfermedad o la naturaleza de la lesión? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo sintió los primeros síntomas de su enfermedad o en que fecha ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
d m a
3. ¿Cuándo consultó al médico por primera vez por esta condición? \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
d m a
4. 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? \_\_\_\_\_
5. ¿Está su condición relacionada con el trabajo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ; Explique \_\_\_\_\_
6. ¿Cómo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
7. ¿En qué lugar ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_
8. ¿Cuándo cesó sus labores? \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
d m a
9. ¿Cuáles son las tareas de su ocupación? \_\_\_\_\_

**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:

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Reclamante

Reclamante

Reclamante

**INFORME DEL MEDICO EXAMINADOR**

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

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

2. ¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez o cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

3. ¿Cuándo sintió el paciente los primeros síntomas de esta condición? \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

4. ¿Se debe esta condición a un embarazo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. ¿Cuándo se le consultó por primera vez esta condición? \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

6. Si le fue referido el paciente, indique el nombre del o los médicos que lo hayan atendido por esta condición \_\_\_\_\_

7. ¿Consultó el paciente algún otro médico para esta condición o condiciones que agravaron éstas durante los últimos 2 años? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

8. Si hubo fractura o dislocación indique qué tipo: Reducción Abierta \_\_\_\_\_ Reducción Cerrada \_\_\_\_\_

9. ¿Se debe este accidente a una quemadura? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Indique el grado \_\_\_\_\_ % del Cuerpo \_\_\_\_\_

10. Si ésta condición es resultado de un accidente, indique dónde y cuándo recibió la primera ayuda:

\_\_\_\_\_ Sala de Emergencia \_\_\_\_\_ Oficina del Doctor Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ AM / PM

11. ¿Anteriormente, ha tenido el paciente una condición igual o similar a ésta? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si contesta afirmativo, indique

cuándo: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Describa: \_\_\_\_\_

12. Describa cualquier otra enfermedad o dolencia que afecte la presente condición y desde cuándo la padece. \_\_\_\_\_

13. Si hubo algún procedimiento quirúrgico, indique:

Descripción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código CPT \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

14. ¿Por cuánto tiempo estima estará el paciente incapacitado totalmente sin poder trabajar? Desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

15. ¿Por cuánto tiempo estará el paciente parcialmente incapacitado, **capaz de trabajar bajo tratamiento?** Desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Comentarios Adicionales \_\_\_\_\_

16. ¿Ha estado el paciente hospitalizado antes por alguna condición? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

17. ¿Ha tramitado su paciente beneficios de incapacidad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ; Si afirmativo, especifique: Fondo del Seguro del Estado \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ ACAA \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Especialidad

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

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO DEL RECLAMANTE**

1. Nombre del empleado \_\_\_\_\_ 2. Ultimo día de trabajo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

3. Tipo de empleo Regular \_\_\_\_\_ Temporero \_\_\_\_\_ 3.a Completo \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_ Contrato \_\_\_\_\_ Transitorio \_\_\_\_\_

4. Incapacidad Ocupacional: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. ¿Rindió informe de accidente o enfermedad ocupacional en el Fondo del Seguro del Estado? Si \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ Indique la razón: \_\_\_\_\_

6. Indique el número del caso del Fondo del Seguro del Estado. Caso Número \_\_\_\_\_

7. ¿Se reintegró a su trabajo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si afirmativo, en que fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

8. ¿Hubo alguna incapacidad anterior a la actual? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

9. Plan Médico \_\_\_\_\_ Costo \$ \_\_\_\_\_ Pagador de la prima \_\_\_\_\_

10. 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 Gerente 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

Médico

Médico

Patrono

Patrono