



Trans-Oceanic Life Insurance Company

#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
Continuidad de Incapacidad

FORMULARIO DE RECLAMACION

Si desea cambiar dirección postal marque aquí

Asegurado Principal:
Datos del Reclamante:
Nombre
Dirección postal que desea recibir la correspondencia:
E-mail:
Teléfono
Relación con Asegurado:
Patrono del pagador de la póliza

Requisito de Información:

- 1. De estar reportado al Fondo del Seguro del Estado, favor de proveer la Forma 1021 actualizada.
2. En caso de estar de alta o trabajando con tratamiento (CT), favor de incluir la Forma 395.

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 periodo 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

INFORME DE PROGRESO DE MEDICO EXAMINADOR

Nombre del Paciente
Edad
¿Continua el paciente incapacitado totalmente sin poder trabajar?
¿Cuando será capaz de trabajar bajo tratamiento?
Comentarios Adicionales
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. ¿Fue dado de alta por el Fondo del Seguro del Estado o por su médico?
3. ¿Se reintegró a su trabajo?
4. Plan Médico
Costo \$
Pagador de la Prima
5. 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
Firma Ger. Recursos Humanos
Nombre en Letra de Molde
Firma y Título de persona autorizada
Teléfono
Fecha

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

Reclamante

Reclamante

Médico

Médico

Patrono

Patrono