

BENEFICIO SOLICITADO Continuidad de Incapacidad
---

**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** \_\_\_\_\_

**Requisito de Información:**

- De estar reportado al Fondo del Seguro del Estado, favor de proveer la **Forma 1021 actualizada**.
- 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.

\_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ a  
 Fecha

Aceptado conforme: \_\_\_\_\_  
 Firma del Reclamante

**INFORME DE PROGRESO DE MEDICO EXAMINADOR**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 1. ¿Continua el paciente incapacitado totalmente sin poder trabajar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si afirmativo, Hasta cuando    d    m    a  
 2. ¿Cuándo será **capaz de trabajar bajo tratamiento**? Desde    d    m    a  
 Comentarios Adicionales \_\_\_\_\_  
 3. Diagnóstico de la incapacidad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ a  
 Firma del Médico Examinador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ 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? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ; Si afirmativo cuando \_\_\_\_\_  
 3. ¿Se reintegró a su trabajo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si afirmativo, en que fecha    de    de     
 4. Licencia de Maternidad Sí  No  Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ 5. Plan Médico \_\_\_\_\_  
 Costo \$ \_\_\_\_\_ Pagador de la Prima \_\_\_\_\_ 6. 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 persona autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**NO SE ACEPTARA ESTA CERTIFICACION DE NO ESTAR COMPLETADA Y FIRMADA POR EL PATRONO**

Reclamante

Reclamante

Médico

Médico

Patrono

Patrono