



121 Calle O'Neill, Hato Rey PR 00918
 PO Box 363467 San Juan PR 00936-3467
 TEL. (787) 620-2700 / 1-800-981-8662
 FAX. (787) 620-2713
<http://www.tolic.com> E-mail:
servicioalcliente@tolic.com

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"/> Suma Única	<input type="checkbox"/> Accidente
<input type="checkbox"/> Incapacidad	<input type="checkbox"/> Emergencia

No. Reclamación: _____

FORMULARIO DE RECLAMACION

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

Datos del Reclamante (se refiere al afectado):

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

Si hubo cambio de dirección postal, favor completar para actualizar la misma. Dirección postal: _____

E-mail _____

Teléfono _____ Relación con Asegurado Principal: _____

(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? _____

- ¿Cuándo 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**.

9. 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.

Aceptado conforme:

 d m a
 Fecha

 Firma del Reclamante o Representante Legal **

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

PARA SER COMPLETADO POR EL PATRONO DEL RECLAMANTE

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

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

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? ____ d ____ de ____ m ____ de ____ a _____
3. ¿Cuándo sintió el paciente los primeros síntomas de esta condición? ____ d ____ de ____ m ____ de ____ a _____
4. ¿Cuándo ocurrió el accidente? ____ d ____ de ____ m ____ de ____ a _____
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 _____
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 cuándo la padece? ____ d ____ m ____ a ____
17. Si hubo algún procedimiento quirúrgico, indique: (Para Endoso Quirúrgico, necesario completar y/o someter copia de Reporte Operatorio) 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 _____

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

PARA SER COMPLETADO POR EL HOSPITAL*

Nombre del Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

Dirección _____ Seguro Social _____

Tipo de Tratamiento: Ambulatorio _____ Hospitalizado _____

1. Período de Hospitalización en Cuarto Regular: Admitido ____ d ____ m ____ a ____ Fecha de Alta ____ d ____ m ____ a ____
2. **Período de Hospitalización en Cuidado Intensivo:** Tipo de Unidad _____
 Fecha de Admisión: ____ d ____ m ____ a ____ Hora: _____ a.m. ____ p.m. ____
 Fecha de Alta: ____ d ____ m ____ a ____ Hora: _____ a.m. ____ p.m. ____
3. Período de Hospitalización en Estado de Coma (Pérdida de Conocimiento): Desde: ____ d ____ m ____ a ____ Hasta: ____ d ____ m ____ a ____
4. 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.
5. 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