

FORMULARIO RECLAMACIÓN PAGO ÚNICO

PARTE A

INSTRUCCIONES: Favor completar este formulario e incluir los documentos que correspondan.

• PAGO ÚNICO POR PRIMER DIAGNÓSTICO



- Lectura de patología donde indique diagnóstico positivo
- Completar partes A-B-C del formulario de reclamaciones
- Récord médico previo a la efectividad de la póliza

Nota: Enviar documentos vía e-mail a: segurodevidacommercial@medicalcardsystem.com

AVISO ANTIFRAUDE

"Cualquier persona que a sabiendas y que 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 u otro beneficio, o presentarse más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (10,000.00) 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."

PARTE B

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (LETRA DE MOLDE)

1. Número de la póliza:	2. Nombre completo del asegurado principal:	3. Seguro social del asegurado principal:
4. Fecha de nacimiento del paciente:	5. Nombre completo del paciente:	6. Seguro social del paciente:
7. Teléfono residencial:	8. Dirección postal:	9. Parentesco con el asegurado principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo dependiente
10. Teléfono de la oficina:		12. Fecha examen diagnóstico (Biopsia)
11. Correo electrónico:	13. Diagnóstico:	

14. ¿Alguna vez ha recibido usted tratamiento o atención médica para condiciones de cáncer?: Sí No

Si su respuesta es Sí, explique detalladamente:

Certificación y/o autorización: Certifico que toda la información suministrada por mí, en este formulario es cierta. Conozco que la ley impone penalidades severas, como multa, cárcel o ambas penas a discreción del tribunal, por ofrecer información falsa con propósito de obtener beneficios del seguro. Autorizo a todos los médicos, hospitalares y otras instituciones que me atendieron, a mí cónyuge o a mis hijos dependientes, que suministren a **MCS LIFE INSURANCE COMPANY** cualquier información pertinente a esta solicitud. Autorizo a mi patrono dar a **MCS LIFE INSURANCE COMPANY** o entregar información o documentos necesarios para determinar mis beneficios.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

(Aplica solamente cuando es mayor de edad)

PARTE C

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DE CABECERA (LETRA DE MOLDE)

1. Nombre del paciente:	2. Diagnóstico (ICD-9 o ICD-10):
3. ¿Cuándo se notaron por primera vez los síntomas? Fecha:	4. ¿Cuándo el paciente le consultó por primera vez sobre esta condición? Fecha:
5. ¿El paciente tuvo alguna otra vez este o un síntoma similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, descríbalo) Fecha: _____	
6. ¿El paciente ha recibido tratamiento o atención médica para condiciones cancerosas en los últimos cinco (5) años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, explique detalladamente):	
7. Indique fecha y resultados del examen patológico: Fecha: _____ Resultado: _____	

Cualquier persona, incluyendo agente de seguros, corredor, solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o un patrono, que hiciere, ayudare o participe en hacer una falsa representación de hechos o someter información incompleta, sabiendo que la información no es cierta, para insertar en una solicitud de seguro o en un informe o declaración (reclamación) en relación con dicho seguro, se podría considerar que ha cometido fraude para efectos del Código de Seguros. (Ver Artículo 27.190 del Código de Seguros)

NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA DE MOLDE):	NÚMERO DE LICENCIA	ESPECIALIDAD
--	--------------------	--------------

DIRECCIÓN POSTAL DEL MÉDICO:

CERTIFICACIÓN: CERTIFICO que la información antes ofrecida está basada en una probabilidad y necesidad médica razonable y que es verdadera y correcta a mi mejor entender. **CERTIFICO**, además, que el paciente bajo mi atención, según aquí indicado, no es cónyuge, pareja consensual ni familiar (directo o indirecto) del que aquí suscribe.

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

TELÉFONO DE LA OFICINA

COMENTARIOS: _____