

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DESMEMBRAMIENTO – PÉRDIDA DE VISIÓN, PIES Y MANOS

## SECCIÓN I. INFORMACIÓN SOBRE EL(LA) ASEGURADO(A)

1) Nombre del(la) asegurado(a):					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre	
Inicial					
2) Fecha de nacimiento		3) Ocupación:		4) Género	
Día Mes Año				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
				5) Número de Seguro Social	
				[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]	
				6) Estado civil:	
				Soltero(a) <input type="checkbox"/>	
				Casado(a) <input type="checkbox"/>	
7) Fecha del accidente:		8) Fecha del desmembramiento:		9) Fecha de la pérdida de visión, audición o habla:	
Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año	
10) Núm. de teléfono:		12) Correo electrónico:		13) Información nombre patrono y núm. grupo	
11) Núm. de celular:					
14) Dirección física:					
Urb./Cond.		Número		Calle	
				Ciudad	
				Estado	
				Código Postal	
15) Dirección postal:					
Apartado/PO Box		Ciudad		Estado	
				Código Postal	
				Beneficiario	
				Reclamante	

## SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE EL(LA) DUEÑO(A) O TENEDOR(A) DE LA PÓLIZA

1) Nombre del(la) tenedor(a) de la póliza o grupo asegurado:		3) Fecha de comienzo de empleo del(la) asegurado(a):	
		Día Mes Año	
2) Número de póliza:		4) Fecha de terminación de empleo del(la) asegurado(a):	
		Día Mes Año	
5) De proceder el pago de la reclamación, indique la entrega:		6) Nombre de quien cumplimenta esta sección:	
<input type="checkbox"/> Enviar a beneficiario(a)			
<input type="checkbox"/> Enviar al(la) tenedor(a) de la póliza		7) Ocupación o puesto de quien cumplimenta esta sección:	
		8) Firma:	
		9) Fecha:	

CERTIFICO que las declaraciones contenidas en la Sección I son fieles y exactas a mi mejor saber y entender.

### AVISO DE FRAUDE

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 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.

Se le advierte que usted tiene un deber y una responsabilidad continua de informar. De surgir algún cambio a la información brindada en esta solicitud, deberá notificarlo de inmediato. Si surgiere o se descubriese una información no suministrada por usted que, de alguna manera, afecte o modifique su derecho al beneficio solicitado, que recibe o recibió, será usted responsable de tal modificación o resultado por no haber provisto la información correctamente o no haber actualizado la misma.

### AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Acorde con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), 45 CFR §164.508, y, con el propósito de asistir a MCS a procesar una reclamación por el beneficio de hospitalización, autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, farmacia u hospital, patrono, compañía de seguro, patólogo forense, agencia o entidad gubernamental u organización que posea información médica, patronal, documentos oficiales, informes policíacos o cualesquiera otra documentación pertinente, a otorgar a MCS o sus representantes, la potestad de examinar, copiar, obtener copias o información de cualquier o cualesquiera detalles médicos, información patronal, récord policíaco o cualquier otra información o documentación pertinente al reclamo del seguro.

Lo anterior incluye, pero no se limita a: condiciones mentales y físicas, evaluaciones médicas, diagnósticos, tratamientos, pronosis, protocolo de autopsia, tratamiento psiquiátrico, pruebas de laboratorio y toxicológicas; específicamente, sobre drogas y alcohol, así como pruebas o tratamiento para VIH-sida y enfermedades de transmisión sexual. Esta autorización es para el uso exclusivo de MCS y no deberá ser limitada por falta de identificación o nombre de quien la autorización esté dirigida en la solicitud de información.

Esta autorización será válida durante el plazo de vigencia del reclamo. Tiene derecho a revocar esta autorización mediante notificación escrita, firmada y fechada a MCS. Una vez revocada esta autorización, la información de salud protegida sujeta a esta autorización no será utilizada ni revelada, salvo en la medida en que la misma ya se haya utilizado. Al suscribir esta autorización, la información divulgada puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por las normas de privacidad promulgadas conforme a la HIPAA. Posee el derecho a conservar una copia de esta autorización e inspeccionar y recibir cualquier tipo de información divulgada en virtud de sus términos. Una copia fotostática de esta autorización será considerada tan eficaz y válida como la original.

Firma del(la) asegurado(a)

Fecha

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**  
**DESMEMBARAMIENTO – PÉRDIDA DE VISIÓN, PIES Y MANOS**

1) Nombre del(la) paciente

_____	_____	_____	_____
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Inicial

2) Fecha de nacimiento

Día      Mes      Año  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3) Número de expediente médico

\_\_\_\_\_

4) Fecha en que se reflejaron los  
síntomas por primera vez:

Día      Mes      Año  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5) Fecha en que el(la) paciente le consultó  
médicamente por primera vez:

Día      Mes      Año  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6) Al momento de la consulta inicial, ¿existía evidencia visible de trauma?  
De contestar en la afirmativa, explique:      Sí ☐      No ☐

\_\_\_\_\_

7) Indique si, anteriormente, el(la) paciente tuvo la misma condición o una similar. De  
contestar en la afirmativa, indique la fecha en que tuvo la condición y el tratamiento  
recibido.      Sí ☐      No ☐

8) Diagnóstico primario o inicial: \_\_\_\_\_

9) Código del diagnóstico (CPT- ICD-10): \_\_\_\_\_

Diagnóstico final: \_\_\_\_\_

DESMEMBARAMIENTO  
O MANOS

A. Indique qué miembro del cuerpo ha sido afectado:

☐ Mano derecha      ☐ Mano izquierda

B. Nivel de amputación: \_\_\_\_\_

C. ¿Es la amputación no traumática? A saber, sin que se entienda taxativo: disvascular, infecciosa, neoplásica, congénita.

Sí ☐      No ☐      Explique: \_\_\_\_\_

D. Fecha de amputación: \_\_\_\_\_

E. Nombre del hospital donde se efectuó la amputación: \_\_\_\_\_

F. Nombre del(la) médico que practicó la cirugía: \_\_\_\_\_

Acorde con su opinión médica, ¿fue la amputación resultada de lesión corporal accidental?      Sí ☐      No ☐      Explique: \_\_\_\_\_

PÉRDIDA DE  
VISIÓN

A. Agudeza visual: Con espejuelos: ojo derecho \_\_\_\_\_ ojo izquierdo \_\_\_\_\_      Sin espejuelos: ojo derecho \_\_\_\_\_ ojo izquierdo \_\_\_\_\_

B. ¿Podría mejorarse la visión con tratamiento?      Sí ☐      No ☐      Explique: \_\_\_\_\_

C. En su opinión, ¿es la pérdida de visión completa e irreparable?      Sí ☐      No ☐      Explique: \_\_\_\_\_

D. En su opinión, ¿es la pérdida de visión resultado, únicamente, de lesión corporal accidental?

Sí ☐      No ☐      Explique: \_\_\_\_\_

E. Si existe pérdida total de la visión, ¿cuándo ocurrió esta pérdida? Fecha: \_\_\_\_\_

DESMEMBARAMIENTO  
PIES

A. Indique qué miembro del cuerpo ha sido afectado:

☐ Pie derecho      ☐ Pie izquierdo

B. Nivel de amputación: \_\_\_\_\_

C. ¿Es la amputación no traumática? A saber, sin que se entienda taxativo: disvascular, infecciosa, neoplásica, congénita.

Sí ☐      No ☐      Explique: \_\_\_\_\_

D. Fecha de amputación: \_\_\_\_\_

E. Nombre del hospital donde se efectuó la amputación: \_\_\_\_\_

F. Nombre del(la) médico que practicó la cirugía: \_\_\_\_\_

Acorde con su opinión médica, ¿fue la amputación resultada de lesión corporal accidental?      Sí ☐      No ☐      Explique: \_\_\_\_\_

Nombre del(a) doctor(a): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de licencia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## SEGURO DE DESMEMBRAMIENTO – PÉRDIDA DE VISIÓN, PIES Y MANOS

### DOCUMENTOS DE RECLAMACIÓN

Además del presente formulario, se desglosa el listado de documentación inicial que deberá someter con su reclamación:

- ☐ Copia fiel y exacta del récord clínico del(la) médico tratante para la condición de salud que reclama.
- ☐ Copia fiel y exacta del récord del hospital.
- ☐ De haberse reportado el accidente a la Policía de Puerto Rico, copia fiel y exacta del informe policiaco, una vez culminada la investigación.

La documentación antes mencionada es una guía y evidencia inicial para evaluar su reclamo. Nos reservamos el derecho de solicitar cualquier documentación o información adicional que estimemos que sea necesaria para analizar e investigar su reclamación.

Una vez completado el formulario puede enviarlo, por correo electrónico a:  
[segurodevidacommercial@medicalcardsystem.com](mailto:segurodevidacommercial@medicalcardsystem.com); o por correo postal a:

**MCS Life Insurance Company– Departamento de Reclamaciones Piso 11**

**P.O. Box 9023547 San Juan, PR 00902-3547**



---

Edificio MCS PLAZA  
255 Ave. Ponce de León Suite 106  
San Juan PR 00917-1919