



Multinational Life Insurance Company

PO Box 366107, San Juan PR 00936-6107  
470 Ave. Ponce de León, San Juan PR 00918  
tel. 787-756-8820 • ext. 2173, 2174, 2179 • 787-758-8080  
fax: 787-281-0308 • e-mail: claims@multinationalpr.com

**FORMULARIO SOLICITUD DE BENEFICIOS  
POR ENDOSOS POR HOSPITALIZACIÓN,  
CONVALECENCIA, INTENSIVO,  
Y EMERGENCIA.**

<b>PARTE A</b>	<b>INSTRUCCIONES: Favor completar este formulario en todos sus apartados según aplique a su reclamación de beneficios e incluir los documentos que correspondan.</b>
<b>SELECCIONE ENDOSO QUE RECLAMA:</b>	<b>DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>
<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN	Factura de hospitalización que indique diagnóstico, fecha de admisión y de alta, "Discharge Summary", "Admission Note", Hojas de Consulta, "Operation Summary" (si aplica), documentos adicionales que se requieran. <b>Completar partes A-B-C del formulario de reclamaciones.</b>
<input type="checkbox"/> INTENSIVO	Factura de hospitalización con el desglose de las fechas que estuvo admitido en intensivo y diagnóstico, Orden Médica, Notas de Progreso ("Progress Notes"), documentos adicionales que se requieran. <b>Completar partes A-B-C del formulario de reclamaciones.</b>
<input type="checkbox"/> EMERGENCIA	Factura de gastos por tratamiento / cirugía recibido en sala de emergencia que incluya diagnóstico ó Forma 1500 / UB-92, "Emergency Summary Notes", documentos adicionales que se requieran. <b>Completar partes A-B (en todas sus partes) del formulario de reclamaciones.</b>
<input type="checkbox"/> CONVALECENCIA	Notas de Progreso ("Progress Notes") de las visitas médicas del doctor que recomienda reposo, Certificado del Patrono, u otros adicionales que se requieran. <b>Completar partes A-B-D del formulario de reclamaciones.</b>

**\*\*\*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, Incurrirá 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."

<b>PARTE B PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (LETRA DE MOLDE)</b>		
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:		11. Nombre de su plan médico
12. Correo electrónico	13. Describa brevemente cómo se produjo el accidente:	14. ¿Dónde ocurrió el accidente?
15. ¿Cuándo ocurrió el accidente o primeros síntomas? Fecha/Hora:	16. Diagnóstico y parte corporal afectada o enfermedad (completar en todos los casos):	

**\*\*\*INCLUYA FACTURA ORIGINAL DE GASTOS INCURRIDOS Y/O HISTORIAL DEL HOSPITAL\*\*\*  
NO DEJE APARTADOS SIN COMPLETAR EN ESTE FORMULARIO**

**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, hospitales y otras instituciones que me atendieron, a mi cónyuge o a mis hijos dependientes, que suministren a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** cualquier información pertinente a esta solicitud. Autorizo a mi patrono a entregar a **MULTINATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** información o documentos necesarios para determinar mis beneficios.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE  
(aplica solamente cuando es mayor de edad)

\_\_\_\_\_  
FECHA

**PARTE C****PARA SER COMPLETADO POR EL HOSPITAL****(No aplica en caso de Sala de Emergencia y/o Hospitalización Ambulatoria)**

1. NOMBRE DEL HOSPITAL:

2. DIRECCIÓN POSTAL DEL HOSPITAL:

3. CERTIFICO QUE EL PACIENTE:

Fue Hospitalizado(a)

Desde (Admisión):

Hasta (Alta):

4. FAVOR INDICAR SI ESTA HOSPITALIZACIÓN FUE DEBIDO A:

 **Accidente.** Fecha en que ocurrió el accidente: **Enfermedad.** Fecha de los primeros síntomas:

5. DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE Y CÓDIGO ICD-9:

6. ¿EL PACIENTE ESTUVO EN SALA DE INTENSIVO?  Sí  
(Si su respuesta es Sí, indicar el período de intensivo)  No

Desde:

Hasta:

Nombre de oficial de admisiones u oficial autorizado

Firma oficial de admisiones u oficial autorizado

Fecha

SELLO OFICIAL DEL HOSPITAL

Cualquier persona, incluyendo agente de seguros, corredor o solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o un patrono, que hiciere, ayudare o participare 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)

**PARTE D****PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO (Solamente si hubo convalecencia)**

1. NOMBRE DEL PACIENTE:

2. DIAGNÓSTICO Y CÓDIGO ICD-9:

3. ¿EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO?  
Si su respuesta es Sí, indique el período de hospitalización y el nombre del hospital. Sí No

Desde: \_\_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital:

4. CERTIFICACIÓN MÉDICA POR CONVALECENCIA  
NECESARIA PARA RECUPERACIÓN:

Desde:

Hasta:

5. NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA DE MOLDE):

6. NÚMERO DE LICENCIA

7. ESPECIALIDAD

8. DIRECCIÓN 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, que impiden la realización de tareas cotidianas o laborales del paciente. El tiempo para convalecencia no fue sugerido ni solicitado por el paciente.

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA

TELÉFONO DE LA OFICINA

COMENTARIOS