



#3 Munet Court, Pueblo Viejo
 PO Box 363467
 San Juan, PR 00936-3467
 TEL (787) 620-2700 / 1-800-981-8662
<http://www.tolic.com>
 E-mail: servicioalcliente@tolic.com

BENEFICIO SOLICITADO

_____ Incapacidad Inicial

Trans-Oceanic Life Insurance Company

Documentos requeridos para someter reclamación

Formulario de Reclamación cumplimentado:

- Parte posterior por el médico que le atendió
- Parte inferior por el Tenedor de Póliza

FORMULARIO DE RECLAMACION UTM

Asegurado Principal:

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

Dirección _____

Teléfono _____ E-mail: _____

(Favor de contestar todas las preguntas)

1. ¿Cuándo cesó sus labores? _____ d _____ de _____ m _____ de _____ a _____
2. ¿Cuándo comenzó su incapacidad? _____ d _____ de _____ m _____ de _____ a _____
3. ¿Su incapacidad está relacionada con el trabajo? Sí _____ No _____
4. ¿Se debe esta condición a un accidente? Sí _____ No _____ ¿Cuándo ocurrió? _____ d _____ de _____ m _____ de _____ a _____
5. Describa cómo y en que lugar ocurrió el accidente: _____

6. Durante la semana que reclama, recibí beneficios bajo:
 - a. Ley de Seguridad de Empleo de Puerto Rico o Ley de Seguro por Desempleo de cualquier estado de los Estados Unidos.

Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
 - b. Seguro Social para Choferes
 - c. Federal Employer Liability Act.
 - d. Cualquier ley de responsabilidad patronal o cualquier otra ley de beneficios por incapacidad o beneficios por enfermedad. Si contesta afirmativamente indique bajo cuál ley: _____
 - e. Maritime Doctrine of Maintenance Wages and Cure.
7. Si está recibiendo cualquiera de estos beneficios indique:

Fecha desde que lo recibe: _____ d _____ de _____ m _____ a _____	
Cantidad Semanal: _____	<input type="checkbox"/>

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. Ley Núm. 18 del 18 de enero de 2004.

Acceptado conforme:

Fecha _____

_____ Firma del Reclamante

Reclamante

INFORME DEL MEDICO EXAMINADOR

Nombre del Paciente _____ Edad _____

1. Diagnóstico: Dx _____ Código de ICD: _____

2. ¿Cuándo consultó el paciente por primera vez sobre esta enfermedad o lesión? _____ de _____ de _____ e _____

3. Mencione fechas de los últimos tratamientos:

4. ¿Por cuánto tiempo estará incapacitado el paciente?
(Incapacitado para Trabajar) Desde: _____ de _____ de _____
Hasta: _____ de _____ de _____

5. ¿Está la incapacidad del reclamante relacionada con su embarazo? Sí _____ No _____

6. ¿Está la incapacidad del reclamante relacionada con el trabajo? Sí _____ No _____

.....
CERTIFICO, que la información antes ofrecida está basada en una probabilidad médica razonable y que es verdadera y correcta a mi mejor entender.

Fecha _____ de _____ de _____

Firma del Médico Examinador _____ Especialidad _____

Nombre en letra de Molde _____ Número de Licencia _____

Dirección _____ Teléfono _____

1. Nombre del empleado _____
PARA SER COMPLETADO POR LA ENTIDAD ASEGURADA
2. Núm. Seg. Soc. _____

3. Horas Trabajadas _____

4. Último día de trabajo _____ de _____ de _____

.....
CERTIFICO, que soy un representante autorizado del tenedor de la póliza, y que ofrezco esta información a TOLIC y que la misma está completa y correcta.

TENEDOR DE LA POLIZA _____ Teléfono _____

Firma y Título de otra persona autorizada _____ Fecha _____

NO SE ACEPTARA ESTE FORMULARIO DE NO ESTAR COMPLETADO Y FIRMADO POR EL TENEDOR DE LA POLIZA