



Trans-Oceanic Life Insurance Company

#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

No. Reclamación

BENEFICIO SOLICITADO
Continuidad de
Incapacidad

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 Num. S.S. Fecha Nacimiento
Dirección
Teléfono E-mail:

(Favor de contestar)

- 1. ¿Está recibiendo beneficios bajo alguna ley los días que nos reclama? Si No
Fecha desde que lo recibe: de de
Cantidad Semanal:

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, ayudara, 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.

Aceptado conforme:

Firma

Fecha

INFORME DE PROGRESO DE MEDICO EXAMINADOR

Nombre del Paciente Edad

- 1. Diagnóstico: Dx Código de ICD:
2. ¿Continua el paciente incapacitado totalmente sin poder trabajar? Si No Si es afirmativo, hasta cuándo
3. ¿Cuándo será capaz de trabajar bajo tratamiento? Desde

Firma del Médico Examinador

Especialidad

Nombre en Letra de Molde

Número de Licencia

Dirección

Teléfono

PARA SER COMPLETADO POR LA ENTIDAD ASEGURADA

- 1. Nombre del empleado 2. Núm. Seg. Soc.
3. ¿Comenzó a trabajar? Si No Fecha: 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.

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

Reclamante

Reclamante

Médico

Médico