

INSTRUCCIONES PARA TRAMITAR SU RECLAMACIÓN POR CONTINUIDAD DE INCAPACIDAD:

Gracias por ser parte de nuestra gran familia de asegurados de nuestros planes suplementarios de salud.

1. Complete y firme la Sección 1: Información del Asegurado Principal o Pagador y Sección 2: Información del Asegurado Cubierto.
2. Solicite a su médico que complete y firme la Sección 3: Informe Médico.
3. Si está siendo atendido por la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE), favor someter Forma 1021 (Certificado Médico) o Forma 395 (con fecha de Tratamiento mientras Trabaja (CT) o Alta).
4. Solicite a su patrono que complete y firme la Sección 4: Declaración del Patrono.
5. Depósito directo: Usted puede autorizar que el pago de su reclamo sea depositado en su cuenta bancaria. El formulario de Autorización para Pago de Beneficios por Depósito Directo debe acompañar el formulario de reclamación (**TOL-FAPBDR-2020**).

Una vez completado el formulario, con la documentación de apoyo correspondiente, favor proceder con su envío al siguiente correo electrónico o dirección postal:

E-mail: reclamaciones@tolic.com

Teléfono: (787) 620-2700

Fax: (787) 620-2713

Dirección postal

GPO Box 363467, San Juan, PR 00936-3467

Dirección física

121 Calle O'Neill, San Juan, PR 00918-2404



Favor utilizar letra de molde. Todos los campos son requeridos.

Reclamación por Continuidad de Incapacidad

Beneficio Solicitado Continuidad de Incapacidad
Número de Reclamación:

Sección 1: Información del Asegurado Principal o Pagador

1. Nombre:	2. Fecha de Nacimiento: DD/MM/AAAA	3. Seguro Social del Pagador:
4. Dirección Postal:	5. Pueblo:	6. Código Postal:
7. Marque casilla si dirección postal es su dirección permanente: <input type="checkbox"/>	8. E-Mail:	9. Teléfono:

Sección 2: Información del Asegurado Cubierto

1. Nombre:	2. Fecha de Nacimiento: MM / DD / AAAA	3. Seguro Social:
4. Relación con el Asegurado Principal: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente	5. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Estudiante	
6. Dirección Postal:	7. Pueblo:	8. Código Postal:

Requisito de Información:

- De estar reportado al Fondo del Seguro del Estado, favor de proveer la **Forma 1021 actualizada**.
- En caso de estar de alta o trabajando con tratamiento (CT), favor de incluir la **Forma 395**.

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 período 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.

DD/MM/AAAA

Nombre del Solicitante (letra de molde)

Firma del Solicitante

Fecha

Puede enviar este formulario por alguno de los siguientes medios:

Favor utilizar letra de molde. Todos los campos son requeridos.

Sección 3: Informe Médico (completado por el Médico Examinador)

1. Nombre del Paciente:		2. Edad:	
3. ¿Cuándo se le consultó por primera vez sobre esta condición? DD/MM/AAAA		4. ¿Cuándo comenzó la incapacidad total del paciente? DD/MM/AAAA	
5. ¿Cuándo será capaz de trabajar bajo tratamiento?		Desde: DD/MM/AAAA	
6. ¿Continúa el paciente incapacitado totalmente sin poder trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si afirmativo, Hasta cuando: DD/MM/AAAA	
7. Comentarios Adicionales:			
8. Diagnóstico de la incapacidad:			
9. Nombre del Médico Examinador (Letra de Molde):		10. NPI:	
11. Especialidad:		12. Fecha del Informe: DD/MM/AAAA	
13. Dirección:			
14. Teléfono:			

 Nombre del Médico Examinador (letra de molde)

 Firma del Médico Examinador

DD/MM/AAAA

 Fecha

Puede enviar este formulario por alguno de los siguientes medios:

Favor utilizar letra de molde. Todos los campos son requeridos.

Sección 4: Declaración del Patrono (completado por el patrono)

1. Nombre del empleado:		2. Último día de trabajo: DD/MM/AAAA	
3. ¿Fue dado de alta por el Fondo del Seguro del Estado o por su médico?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si afirmativo, cuándo: DD/MM/AAAA
4. ¿Se reintegró a su trabajo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si afirmativo, en que fecha: DD/MM/AAAA
5. Licencia de Maternidad:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desde: DD/MM/AAAA Hasta: DD/MM/AAAA
6. Plan Médico:	7. Costo:	8. Pagador de la Prima:	
9. Fecha de efectividad o renovación: DD/MM/AAAA			

Certifico, que soy un representante autorizado del patrono del reclamante aquí nombrado, y que ofrezco esta información a **TOLIC** y que la misma está completa y correcta.

10. Patrono:	11. Teléfono:
--------------	---------------

Nombre del Gerente de Recursos Humanos (Letra de Molde)

Firma del Gerente de Recursos Humanos

Firma y título de Persona Autorizada

DD/MM/AAAA

Fecha

Puede enviar este formulario por alguno de los siguientes medios: