

INSTRUCCIONES PARA TRAMITAR SU RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD INICIAL:

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, Sección 2: Información del Asegurado Cubierto y Sección 2B: Información sobre Condición de Salud.
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. Si su reclamación surge por Enfermedad dentro de los primeros 2 años a partir de la fecha de efectividad de su cubierta de Incapacidad Física, debe incluir copia de su récord médico con el doctor que le atiende desde los primeros síntomas por la condición reclamada.
6. 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 Incapacidad Inicial

Beneficio Solicitado

Incapacidad Inicial

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: |

2B: Información sobre Condición de Salud:

| | | |
|--|--|--------------------|
| 1. Causa de la Incapacidad: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Otra (indique cual) | 2. Describa la enfermedad o accidente: | |
| 3. ¿Cuándo sintió los primeros síntomas de su enfermedad o en qué fecha ocurrió el accidente? MM/DD/AAAA | 4. ¿Cuándo consultó por primera vez al médico por la enfermedad o accidente? MM/DD/AAAA | |
| 5. ¿Ha sido usted atendido por algún otro médico durante los últimos dos años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| 6. Si contestó afirmativo en la pregunta anterior, indique nombre completo del médico o médicos que le atendieron y condición que le atendieron: | | |
| Nombre del médico | | Condiciones |
| A. | | |
| B. | | |
| C. | | |
| 7. ¿Está su condición relacionada con el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 8. ¿Cómo ocurrió el accidente? | |
| 9. ¿En qué lugar ocurrió el accidente? | 10. ¿Cuándo cesaron sus labores en el trabajo? MM/DD/AAAA | |
| 11. Ocupación: | 12. ¿Cuáles son sus tareas en su ocupación? | |

Puede enviar este formulario por alguno de los siguientes medios:

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

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. Diagnóstico (Dx): | | 4. Código de ICD: | |
| 5. ¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez o cuándo ocurrió el accidente? DD/MM/AAAA | | 6. ¿Cuándo sintió el paciente los primeros síntomas de esta condición? DD/MM/AAAA | |
| 7. ¿Se debe esta condición a un embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | 8. ¿Cuándo se le consultó por primera vez esta condición? DD/MM/AAAA | |
| 9. Si le fue referido el paciente, indique el nombre del o los médicos que lo hayan atendido por esta condición: | | | |
| 10. ¿Consultó el paciente algún otro médico para esta condición o condiciones que agravaron éstas durante los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Explique: | |
| 11. Si hubo fractura o dislocación indique qué tipo: Reducción Abierta: _____ Reducción Cerrada: _____ | | | |
| 12. ¿Se debe este accidente a una quemadura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | 13. Indique el grado | 14. % del cuerpo: |
| 15. Si ésta condición es resultado de un accidente, <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia indique dónde y cuándo recibió la primera ayuda: <input type="checkbox"/> Oficina del Doctor | | 16. Fecha: DD/MM/AAAA | 17. Hora: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM |
| 18. ¿Anteriormente, ha tenido el paciente una condición igual o similar a ésta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | 19. Si contesta afirmativo, indique cuándo: DD/MM/AAAA | |
| Describa: | | | |
| 20. Describa cualquier otra enfermedad o dolencia que afecte la presente condición y desde cuándo la padece: | | | |
| 21. Si hubo algún procedimiento quirúrgico, indique: | | | |
| 22. Descripción: | | 23. Código CPT: | 24. Fecha: DD/MM/AAAA |
| 25. ¿Por cuánto tiempo estima estará el paciente incapacitado totalmente sin poder trabajar? | | Desde: DD/MM/AAAA | Hasta: DD/MM/AAAA |
| 26. ¿Por cuánto tiempo estará el paciente parcialmente incapacitado, capaz de trabajar bajo tratamiento? | | Desde: DD/MM/AAAA | Hasta: DD/MM/AAAA |
| Comentarios Adicionales: | | | |

Puede enviar este formulario por alguno de los siguientes medios:

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

| | | | |
|--|--|---|-------------------|
| 27. ¿Ha estado el paciente hospitalizado antes por alguna condición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Desde: DD/MM/AAAA | Hasta: DD/MM/AAAA |
| 28. Diagnóstico (Dx) | | 29. Código de ICD: | |
| 30. ¿Ha tramitado su paciente beneficios de incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Si afirmativo, especifique: <input type="checkbox"/> Fondo del Seguro del Estado <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> ACAA | |

Nombre del Médico Examinador (letra de molde)

Firma del Médico Examinador

Número de licencia

Especialidad

Dirección

Teléfono

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. Tipo de empleo: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Transitorio | | | |
| 4. Incapacidad Ocupacional: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | 5. ¿Rindió informe de accidente o enfermedad ocupacional en el Fondo del Seguro del Estado? <input type="checkbox"/> Sí Fecha: DD/MM/AAAA <input type="checkbox"/> No | |
| Si la respuesta anterior fué no, indique la razón: | | | |
| 6. Licencia de Maternidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Desde: DD/MM/AAAA | Hasta: DD/MM/AAAA |
| 7. Indique el número del caso del Fondo del Seguro del Estado. Caso Número: | | 8. ¿Se reintegró a su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si afirmativo, cuándo: DD/MM/AAAA |
| 9. ¿Hubo alguna incapacidad anterior a la actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Desde: DD/MM/AAAA | Hasta: DD/MM/AAAA |
| 10. Plan Médico: | 11. Costo: \$ | 12. Pagador de la Prima: | 13. 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.

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Patrono | | Teléfono | | DD/MM/AAAA Fecha | |
| Nombre del Gerente de Recursos Humanos (Letra de Molde) | | Firma del Gerente de Recursos Humanos | | Firma y título de Persona Autorizada | |

Puede enviar este formulario por alguno de los siguientes medios: