

INSTRUCCIONES PARA TRAMITAR SU RECLAMACIÓN POR MANTENIMIENTO DE BUENA SALUD:

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

1. Complete y firme la Sección 1: Información de Asegurado Principal o Pagador y Sección 2: Información del Asegurado Cubierto.
2. Incluya uno (1) de los siguientes documentos junto a esta reclamación:
 - A. Copia de resultado del estudio realizado o
 - B. Formulario de facturación del plan médico (Forma 1500)
3. Depósito directo: Usted puede autorizar que el pago de su reclamo sea depositado en su cuenta bancaria. El formulario de Autorización para Pago de Beneficio 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.

Sección 1: Información del Asegurado Principal o Pagador

1. Nombre del Pagador:	2. Seguro Social:
------------------------	-------------------

Sección 2: Información del Asegurado Cubierto

1. Nombre:	2. Seguro Social:	3. Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA
4. Dirección Postal (Si hubo cambio de Dirección Postal, favor de actualizar la misma):		5. Pueblo:
6. Código Postal:	7. Teléfono:	8. E-mail:
9. Relación con el Asegurado Principal: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Dependiente		
10. Favor marcar la prueba por la cual reclama el beneficio: <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Sonomamografía <input type="checkbox"/> Papanicolaou <input type="checkbox"/> Colonoscopia <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Spiral CT <input type="checkbox"/> Otra		
11. Si marcó otra, indique cual:	12. Fecha del examen: DD / MM / AAAA	
13. ¿Ha recibido usted tratamiento o se le ha diagnosticado Cáncer?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
14. Diagnóstico:	15. Fecha del diagnóstico: DD/MM/AAAA	

Favor de incluir uno (1) de los siguientes documentos: Copia de resultado del estudio realizado
 El formulario de facturación del plan médico (Forma 1500)

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.

Información del Asegurado Principal

1. Nombre del Asegurado Principal	2. E-Mail
3. Dirección Postal del Asegurado Principal	4. Teléfono

Información Bancaria

1. Institución Financiera	2. Número de Ruta
3. Número de Cuenta	4. Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro

AUTORIZACIÓN

Por la presente solicito y autorizo a Trans-Oceanic Life Insurance Company (TOLIC) a enviar a mi persona el monto total de los beneficios reclamados bajo los términos y condiciones establecidos en mis pólizas, siempre y cuando mi reclamo sea elegible para pago. Autorizo que dicho pago se realice mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) a la cuenta de cheques o ahorros en la institución financiera indicada en este formulario. Además, consiento y autorizo a TOLIC a que lleve a cabo una solicitud de débito en caso de que hubiere realizado cualquier pago en exceso, pago por error o pago después de mi muerte, por lo que consiento y autorizo a la institución financiera designada en este formulario para que reembolse dicha cantidad a TOLIC. En el caso de que la cuenta bancaria provista en este Formulario sea una mancomunada o conjunta, esto es, que existan otros titulares de la cuenta además de mi persona, relevo y libero totalmente a TOLIC de responsabilidad sobre el pago de beneficios que realice de mis pólizas a través de dicha cuenta, si total o parcialmente el mismo fuere objeto de alguna acción de congelación y/o embargo de fondos; si total o parcialmente dicho pago de beneficios fuere retirado de la cuenta por cualquiera de los titulares de ésta; si total o parcialmente el referido pago no pudiese ser utilizado y/o retirado de la cuenta debido a órdenes judiciales que lo establezcan o por razón del fallecimiento de cualquiera de los titulares de la cuenta, así como por cualquiera otra situación que sea ajena a TOLIC.

Esta autorización para el pago de beneficios por depósito directo permanecerá en vigor hasta que: (1) TOLIC determine rescindirla y/o dejarla sin efecto; (2) TOLIC reciba y procese una notificación por escrito de mi persona dejándola sin efecto; o (3) la institución financiera indicada en esta autorización notifique por escrito a TOLIC su terminación. Cualquier cambio de cuenta bancaria u orden particular para revocar esta autorización, deberá ser sometida por escrito con no menos de cinco (5) días de anticipación. Conjuntamente con esta autorización incluyo copia de un cheque cancelado de dicha cuenta y/o otra evidencia bancaria que permite validar que soy titular en la cuenta. Reconozco que el mecanismo de pago por depósito directo representa un método enteramente discrecional provisto por TOLIC, para facilitar el pago de mi reclamo y que no tiene obligación de así hacerlo. Acepto por este medio que, si por cualquier motivo TOLIC no pudiese procesar el pago de mi reclamo de beneficios a la cuenta aquí indicada, el mismo me será remitido por cheque vía correo regular.

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.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante o Representante Legal

DD/MM/AAAA

Fecha