

INSTRUCCIONES PARA TRAMITAR SU RECLAMACIÓN POR ACCIDENTE:

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

Este Formulario de Reclamación por Accidente debe completarse después de la fecha inicial de la hospitalización o al ser dado de alta. De requerir cirugía, debe completarse después de la intervención quirúrgica. Completar dicho formulario antes de la fecha inicial, podría retrasar el trámite de esta reclamación.

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 o someta la hoja de evaluación de Sala Emergencia. Si le realizaron placas o estudios, favor someter copia del reporte que acompaña las placas o estudios.
3. De haber estado hospitalizado, debe completar la Sección 4: Declaración del Hospital o en su lugar someta resumen de alta "Discharge Summary".
4. Si se realizó cirugía, incluya una copia del informe quirúrgico que indique código o descripción del procedimiento o copia del reporte operatorio. Estos documentos pueden obtenerse directamente de su proveedor de servicios médicos, solicitando una **UB-04 (factura de hospital)** o **formulario de facturación del plan médico (Forma 1500)**.
5. Si está reclamando por una persona fallecida, incluya el Certificado de Defunción con causal de muerte en su versión original. Llenar el Formulario de Fallecimiento y someter el mismo junto a este formulario.
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**). Debe incluir copia de un cheque cancelado de dicha cuenta y/o otra evidencia bancaria que permita validar la cuenta.
7. 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: claims@tolic.com

Teléfono: 1-800-981-8662

Dirección Postal: PO BOX 691628 Orlando, FL 32869

Dirección Física: 4700 Millenia Blvd Suite 500 Orlando, FL 32839



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

Sección 1: Información del Asegurado Principal o Pagador

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

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 del asegurado cubierto: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Estudiante	
6. Explique: ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?		
7. Ocupación:	8. Nombre de la lesión por la cual reclama:	
9. ¿Cuándo ocurrió el accidente?: MM / DD / AAAA	10. ¿Cuándo consultó al médico por primera vez debido a su accidente?: MM / DD / AAAA	

AUTORIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN

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 dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

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. Fecha del Informe: MM / DD / AAAA		3. Seguro Social:	
4. Diagnóstico (Dx):		5. Fecha Dx: MM / DD / AAAA		6. Código de ICD:	
7. Edad:		8. ¿Cuándo ocurrió el accidente o desmembramiento? Indique la fecha: MM / DD / AAAA			
9. ¿Cuándo se le consultó por primera vez debido al accidente? Indique la fecha: MM / DD / AAAA		10. ¿Indique dónde y cuándo recibió la primera ayuda?: <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Oficina del Doctor			
11. Fecha: MM / DD / AAAA		12. ¿Se debe este accidente a una quemadura?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		13. Indique el grado:	
14. % del cuerpo (TBS):		15. Si hubo fractura o dislocación, indique qué tipo de tratamiento: <input type="checkbox"/> Reducción Abierta <input type="checkbox"/> Reducción Cerrada			
16. Tipo de Anestesia: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Sin Anestesia					
17. Si le fue referido el paciente, indique el nombre del o los médicos que lo hayan atendido por esta condición:					
18. ¿Anteriormente, el paciente ha tenido una lesión igual o similar a ésta?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		19. Si contestó afirmativo, indique cuándo: MM / DD / AAAA			
20. ¿Qué tratamiento se le está brindando al paciente? (Terapia, Medicamentos, etc):		21. En caso de un desmembramiento, ¿A qué altura de la extremidad ocurrió la pérdida?:			
22. Describa:					
23. ¿Por cuánto tiempo estima estará el paciente incapacitado totalmente sin poder trabajar? Desde MM / DD / AAAA		<input type="checkbox"/> N/A Hasta MM / DD / AAAA			
24. Describa cualquier otra enfermedad o dolencia que afecte la presente condición (Dx):		25. ¿Desde cuándo la padece? MM / DD / AAAA			
26. Si hubo algún procedimiento quirúrgico, indique CPT:		27. Fecha: MM / DD / AAAA			
28. Descripción:					
Comentarios Adicionales:					
29. Nombre del Médico Examinador (Letra de Molde):		30. NPI:		31. Firma:	
32. Especialidad:		33. Teléfono:		34. Fax:	
35. Dirección:		36. Ciudad:		37. Estado:	
				38. Código Postal:	

Puede enviar este formulario por alguno de los siguientes medios:

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

Sección 4: Declaración del Hospital (completado por el Hospital)

1. Nombre del Paciente:		2. Seguro Social:	
3. Edad:	4. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	5. Tipo de tratamiento: <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalización	
6. Diagnóstico (Dx):		7. Código de ICD:	
8. Período de Hospitalización en cuarto regular:		Fecha de admisión: MM / DD / AAAA	Hora: HH:MM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
		Fecha de alta: MM / DD / AAAA	Hora: HH:MM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
9. Período de Hospitalización en cuidado intensivo:		Fecha de admisión: MM / DD / AAAA	Hora: HH:MM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
10. Tipo de Unidad:		Fecha de alta: MM / DD / AAAA	Hora: HH:MM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
11. Período de Hospitalización en estado de Coma:		Fecha de admisión: MM / DD / AAAA	Hora: HH:MM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
		Fecha de alta: MM / DD / AAAA	Hora: HH:MM <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
12. Fecha de Admisiones previas en este Hospital:		Desde: MM / DD / AAAA	Hasta: MM / DD / AAAA
13. Diagnóstico Dx:		14. Código de ICD:	
Sello del Hospital:	15. Nombre del Hospital:		
	16. Número de Expediente:		
	17. Nombre de la persona autorizada:		
	18. Firma de la persona autorizada:		19. Fecha: MM / DD / AAAA
	20. Teléfono:		21. Fax:
	22. Correo electrónico:		

Nota: No se aceptará esta sección de no estar completada, firmada y ponchada con el sello oficial del Hospital.

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

Debe incluir copia de un cheque cancelado de dicha cuenta y/o otra evidencia bancaria que permita validar la cuenta.

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 dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

DD/MM/AAAA

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fecha