

**FORMULARIO SOLICITUD DE BENEFICIOS  
CUBIERTA BÁSICA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES TEMIDAS**

**Bajado del sitio Web: [www.jagcopr.com](http://www.jagcopr.com)**

**CANCER PLAN OPTIMO (Q)**

**PARTE A INSTRUCCIONES: Favor completar este formulario según aplique a su reclamación de beneficios e incluir los documentos que correspondan.**

✓ SELECCIONE BENEFICIO QUE RECLAMA:	> DOCUMENTOS REQUERIDOS
<input type="checkbox"/> PRIMER DIAGNOSTICO → \$ _____ Gasto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lectura de patología donde indique diagnóstico positivo. Gastos o facturas de estudios, laboratorios, placas y biopsia hechos antes de la fecha de patología. <b>Completar partes A-B-C del formulario de reclamaciones</b></li> </ul>
<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION → # _____ Noches	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factura de hospitalización que indique diagnóstico, fecha de admisión y de alta. <b>Completar partes A-B-C del formulario de reclamaciones</b></li> </ul>
<input type="checkbox"/> INTENSIVO → # _____ Noches	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factura de hospitalización con el desglose de las fechas que estuvo admitido en intensivo y diagnóstico. <b>Completar partes A-B del formulario de reclamaciones</b></li> </ul>
<input type="checkbox"/> CIRUGIA → \$ _____ Gasto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gastos o facturas de procedimiento quirúrgico, Notas de Procedimiento quirúrgico que incluya CPT, Notas de Anestesia <b>Completar partes A-B del formulario de reclamaciones</b></li> </ul>
<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO QUIMIO y RADIOTERAPIA → \$ _____ Gasto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gastos o facturas de Quimioterapias o Radioterapias. <b>Completar partes A-B-C del formulario de reclamaciones</b></li> </ul>
<input type="checkbox"/> MEDICO CABECERA → # _____ Días	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factura de gastos de visitas médicas mientras esté hospitalizado. <b>Completar partes A-B-C del formulario de reclamaciones</b></li> </ul>
<input type="checkbox"/> SERVICIO ENFERMERAS → # _____ Días	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recibo que incluya: Nombre, Dirección, # de Licencia, Fecha de servicio y turno que trabajó. <b>Completar partes A-B del formulario de reclamaciones</b></li> </ul>
<input type="checkbox"/> GASTOS DE FUNERAL → \$ _____ Gasto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factura de gastos fúnebres y Certificado de Defunción (RD-77 Rev. 1/89) <b>Completar partes A-B del formulario de reclamaciones</b></li> </ul>
<input type="checkbox"/> OTROS → \$ _____ Gasto: (indique beneficio que reclama)	

**\*\*\* AVISO ANTIFRAUDE \*\*\***

“Cualquier persona que a sabiendas y que 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 u otro beneficio, o presentarse 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 (5,000.00) dólares, ni mayor de diez mil (10,000.00) 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.

**PARTE B PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO (LETRA DEL MOLDE)**

1. Número de la póliza:	2. Nombre completo del asegurado principal:	3. Seguro social del asegurado principal:  _ _  -  _ _  -  _ _ _ _
4. Fecha de nacimiento del paciente:	5. Nombre completo del paciente:	6. Seguro social del paciente:  _ _  -  _ _  -  _ _ _ _
7. Teléfono residencial:	8. Dirección postal:	9. Parentesco con el asegurado principal <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo dependiente
10. Teléfono de la oficina:		12. Fecha examen diagnóstico(Biopsia)
11. Correo electrónico:	13. Diagnóstico:	

¿Ha recibido usted tratamiento o atención médica para condiciones cancerosas en los últimos cinco (5) años:  Sí  No (Si su respuesta es **Sí**, Explique **Detalladamente en COMENTARIOS al reverso**)

**Certificación y/o autorización:** Certifico que toda la información suministrada por mí, en este formulario es cierta. Conozco que la ley impone penalidades severas, como multa, cárcel o ambas penas a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa con propósito de obtener beneficios del seguro. Autorizo a todos los médicos, hospitales y otras instituciones que me atendieron, a mi cónyuge o a mis hijos dependientes, que suministren a **NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** cualquier información pertinente a esta solicitud. Autorizo a mi patrono dar a **NATIONAL LIFE INSURANCE COMPANY** o entregar información o documentos necesarios para determinar mis beneficios.

_____ <b>FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL</b>	_____ <b>FECHA</b>
_____ <b>FIRMA DEL PACIENTE (aplica solamente cuando es mayor de edad)</b>	_____ <b>FECHA</b>

**PARTE C****PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DE CABECERA (LETRA DEL MOLDE)**

1. Nombre del paciente:	2. Naturaleza de la enfermedad y código de diagnóstico ICD-9:
3. ¿Cuándo se notaron los síntomas por primera vez? Fecha: _____	4. ¿Cuándo el paciente le consultó por primera vez sobre esta condición? Fecha: _____
5. ¿Tuvo el paciente este síntoma o alguno similar, en alguna otra ocasión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es <b>Sí</b> , descríballo) Fecha: _____	
6. ¿Ha recibido el paciente tratamiento o atención médica para condiciones cancerosas en los últimos cinco (5) años: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es <b>Sí</b> , <b>Explique detalladamente</b> ):	
7. Indique fecha y resultados del examen patológico: Fecha: _____ Resultado: _____	

Cualquier persona, incluyendo agente de seguros, corredor o solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, o un patrono, que hiciera, ayudare o participare en hacer una falsa representación de hechos o someter información incompleta, sabiendo que la información no es cierta, para insertar en una solicitud de seguro o en un informe o declaración (reclamación) en relación con dicho seguro, se podría considerar que ha cometido fraude para efectos del Código de Seguros. (Ver Artículo 27.190 del Código de Seguros)

**INFORME DE SERVICIOS**

Fecha de servicio	Lugar	Describa la naturaleza de los servicios prestados, ya sean médicos o quirúrgicos	Cargos

NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA DE MOLDE):	NÚMERO DE LICENCIA	ESPECIALIDAD
--	--------------------	--------------

DIRECCIÓN POSTAL DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN:** Certifico que la información antes ofrecida está basada en una probabilidad y necesidad médica razonable y que es verdadera y correcta a mi mejor entender.

_____	_____	_____
FIRMA DEL MÉDICO	FECHA	TELÉFONO DE LA OFICINA

**COMENTARIOS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_