

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE BENEFICIOS
****IMPORTANTE****

CON EL PROPOSITO DE SERVIRLES MEJOR, INCLUIAMOS LA LISTA DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBEN SOMETER CON LA SOLICITUD DE BENEFICIOS. LA COOPERATIVA DE SEGUROS DE VIDA DE PUERTO RICO, COSVI, SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR INFORMACION ADICIONAL DE CONSIDERARLO NECESARIO PARA COMPLETAR EL ANALISIS DE SU CASO. RECUERDE QUE ES NECESARIO INCLUIR LOS NUMEROS DE POLIZAS POR LAS CUALES RECLAMA.

Beneficio Solicitado bajo la póliza de:	Documentos Requeridos:
Cáncer o Enfermedades Perniciosas	<input type="checkbox"/> Informe Patológico o Pruebas de Diagnóstico <input type="checkbox"/> Facturas o recibos de los gastos incurridos.
Muerte Accidental y Desmembramiento con Beneficio de Indemnización por Hospitalización por Accidente y Beneficio uso adecuado del Cinturón de Seguridad	<input type="checkbox"/> Protocolo de Autopsia (en caso de muerte) <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción que indique la causa de la muerte <input type="checkbox"/> "Discharge Summary" que indique la fecha de ingreso y de alta <input type="checkbox"/> Informe de la Policía <input type="checkbox"/> Informe Toxicológico y/o prueba de alcohol del chofer
Endoso por Convalecencia en el Hogar por Accidente	<input type="checkbox"/> Certificado Médico que indique el período de convalecencia en el hogar, luego de una hospitalización por accidente.
Endoso de Tratamiento Médico en Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/> Reporte de Sala de Emergencia. <input type="checkbox"/> Factura que indique los gastos pagados por el asegurado (Deducible de Gastos).
Indemnización por Hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo	<input type="checkbox"/> Certificación de la Unidad de Cuidado Intensivo que indique la fecha y hora de admisión y alta incluyendo el diagnóstico.
Endoso de Incapacidad por Accidente o Enfermedad	<input type="checkbox"/> Certificado médico que indique el periodo de incapacidad y diagnóstico <input type="checkbox"/> En caso relacionado con el trabajo, someter certificado médico (forma 1021 CFSE) <input type="checkbox"/> De ser patrono propio someter copia de la Planilla Certificada de Contribuciones <input type="checkbox"/> Evidencia médica
Endoso Trasplante de Órgano	<input type="checkbox"/> Facturas o recibos de gastos incurridos <input type="checkbox"/> Evidencia médica
Endoso Beneficios Opcionales de Accidente	<input type="checkbox"/> Quemadura - Evidencia Médica que especifique el grado de quemadura y Reporte de Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Fractura y Dislocación Reporte de R/X y Reporte de Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Laceraciones Notas para procedimiento de heridas y Reporte de Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Mutilaciones - Evidencia Médica y Reporte de Sala de Emergencia
Endoso Ataque al Corazón, Apoplejía, Coma y Parálisis por Primera Vez	<input type="checkbox"/> Evidencia médica
Endoso Beneficio Educacional para hijos y cónyuges	<input type="checkbox"/> Certificación de Estudios de Institución Educativa Acreditada <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción con causa de muerte <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento de hijos <input type="checkbox"/> Copia del record médico en caso de desmembramiento
Indemnización por Hospitalización (Enfermedad o Lesión)	<input type="checkbox"/> "Discharge Summary" que indique la fecha de ingreso y de alta
Endoso Max Mujer	<input type="checkbox"/> Informe Patológico <input type="checkbox"/> Factura de Gastos <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> Reporte de Operación

En caso de que la reclamación sea por un Dependiente Elegible debe incluir:

Cónyuge	• Certificado de Matrimonio
Hijos solteros que no excedan de 21 años o hasta 23 años*	• Certificado de Nacimiento (*Certificación de Estudios)
Hijastro	• Certificado de Custodia

ES NUESTRO DESEO PROCESAR SU RECLAMACIÓN CON PRONTITUDY RAPIDEZ. PARA LOGRARLO ES NECESARIO QUE LA SOLICITUD DE BENEFICIOS SEA COMPLETADA EN SU TOTALIDAD, EN ORIGINAL Y FIRMADA POR EL RECLAMANTE. RECUERDE SOMETER LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTOS INDICADOS COMO SE REQUIERE, DE ESTA FORMA EVITARÁ DEMORAS INNECESARIAS EN EL TRÁMITE DE SU RECLAMACIÓN.

Envíe la Solicitud de Beneficios a la siguiente dirección:

DE TENER ALGUNA DUDA SOBRE COMO RADICAR SU SOLICITUD DE BENEFICIOS PUEDE COMUNICARSE A NUESTRO

COOPERATIVA DE SEGUROS DE VIDA DE PUERTO RICO, COSVI
PO BOX 366267 SAN JUAN PR 00936-6267
O AL FAX: (787) 200-2574

CENTRO DE SERVICIO AL CLIENTE: (787) 751-2828

0504-00006-0212

www.cosvi.com

SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA LAS PÓLIZAS DE MERCADEO MASIVO

- ASEGURADO CÓNYUGE DEPENDIENTE PARENTESCO CONASEGURADO PRIMARIO
- INDIQUE LA (S) PÓLIZA (S) POR LA (S) CUAL (ES) USTED RECLAMA BENEFICIOS: NÚM. DE PÓLIZA
- CÁNCER (*) ENFERMEDADES PERNICIOSAS(*) INCAPACIDAD TRASPLANTE DE ÓRGANO 23- _____
- OPCIONALES ACC. EDUCACIONAL MAX MUJER
- MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO, INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (**) 26- _____
- MUERTE DESMEMBRAMIENTO INDEMNIZACIÓN SALA DE EMERGENCI INCAPACIDAD
- ENDOSO ATAQUE AL CORAZÓN Y OTROS OPCIONALES ACC. EDUCACIONAL MAX MUJER
- INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN (**) (HOSPIPAGO) TRASPLANTE DE ÓRGANO 26- _____
- INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO (**) 25- _____

INFORMACIÓN DEL PAGADOR

Nombre _____ Seguro Social del Pagador _____
 (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

Correo electrónico _____

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombre _____ Seguro Social del Reclamante _____
 (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

Ocupación _____ Fecha de Nacimiento _____
 Mes Día Año

Teléfono(s) _____ Correo Electrónico _____

DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN

Si se trata de accidente, describa detalladamente **Cómo, Cuándo y Dónde ocurrió éste** _____

En caso de enfermedad indique: **Cuándo aparecieron los primeros síntomas** Mes _____ Día _____ Año _____

Fecha en que fue atendido por primera vez: Mes _____ Día _____ Año _____

Indique el nombre y dirección de todo médico y hospital donde ha recibido tratamiento en los últimos dos (2) años. **Indique su médico de cabecera.**

1. _____ 2. _____ 3. _____

¿ Se le ha diagnosticado Cáncer o alguna Enfermedad Perniciosa anteriormente? SI NO

En caso afirmativo, indique la **fecha del diagnóstico.** Mes _____ Día _____ Año _____

(*) INCLUYA LA PRIMERA BIOPSIA DEL DIAGNÓSTICO POSITIVO O PRUEBAS DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERNICIOSA

(**) DEBE INCLUIR COPIA DEL "DISCHARGE SUMMARY" DEL PERIODO RECLAMADO

**II. INFORME MÉDICO (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)
(EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL NO COMPLETE ESTA PARTE)**

1. Nombre del Paciente _____ 2. Edad _____
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)
3. Diagnóstico (s) Primario _____ ICD-9 CODE: _____ Mes _____ Día _____ Año _____
4. Diagnóstico (s) Secundario _____ ICD-9 CODE: _____ Mes _____ Día _____ Año _____
5. ¿Hubo complicaciones? Explique _____

6. En caso de maternidad, indique fecha en que comenzó el embarazo. Mes _____ Día _____ Año _____
7. Si se trata de lesión, describa cómo y cuándo ocurrió _____

8. En caso de enfermedad indique:
- a) Cuándo aparecieron los primeros síntomas: Mes _____ Día _____ Año _____
 - b) Fecha en que fue atendido por primera vez: Mes _____ Día _____ Año _____
 - c) Fecha del último tratamiento o visita médica: Mes _____ Día _____ Año _____
9. ¿Ha sufrido el reclamante anteriormente de esta condición o una parecida? Sí No
- En caso afirmativo, indique: Diagnóstico o condición _____ ICD-9 _____
- Fecha en que surgió la condición: Mes _____ Día _____ Año _____
10. ¿Estuvo hospitalizado el reclamante por la condición que certifica? Sí No En caso afirmativo, indique:
- Nombre y dirección del hospital _____

- Periodo de hospitalización: Desde _____ Hasta _____
11. ¿Fue recluso en la Unidad de Cuidado Intensivo? Sí No Desde _____ Hasta _____

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Certifico que la condición indicada, en mi opinión, realmente describe la situación médica del paciente. Igualmente, CERTIFICO que soy un médico autorizado a ejercer la profesión.

Nombre del Médico _____ Especialidad _____

Dirección _____ Núm. de Licencia _____

_____ Seguro Social _____

_____ Firma _____

Teléfono _____ Fecha _____

Correo Electrónico _____

**EN CASO DE RECLAMAR BENEFICIO POR INCAPACIDAD
INFORME MÉDICO**

1. Nombre _____ 2. Seguro Social _____
3. a. Paciente ha estado incapacitado: Desde _____ Hasta _____
 b. Atendí a este paciente para su presente condición: Desde _____ Hasta _____
4. Diagnóstico incapacitante _____ ICD-9-CM _____
5. ¿Está la incapacidad del reclamante relacionada con su embarazo? Sí No
 Fecha del parto _____ Fecha del probable parto _____
6. ¿Está el paciente en condiciones de trabajar? Sí No
7. Fecha en que se recuperó o fecha aproximada de recuperación: Mes _____ Día _____ Año _____
8. ¿Está la incapacidad del reclamante relacionada con el trabajo? Sí No
9. Si esta incapacidad se ha prolongado más de lo debido, indique la razón.
10. Indique los Laboratorios y Rayos X efectuados al paciente.

NOMBRE IMPRESO Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO

Teléfono _____ Núm. Licencia _____ Fecha _____ Seguro Social _____

DECLARACIÓN DEL PATRONO

1. Nombre _____ Núm Seguro Social _____ Núm Empleado _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

2. Último día en que el "ASEGURADO" asistió físicamente a su trabajo.

Mes _____ Día _____ Año _____

3. Fecha en que el "ASEGURADO" regreso físicamente a su trabajo.

Mes _____ Día _____ Año _____

4. Tipo de Trabajo: Sedentario Liviano Mediano Pesado Muy Pesado

**CONTESTE LA PREGUNTA NÚM. 5 SI APLICA AL ASEGURADO, DE NO APLICAR, PASE ENTONCES A LA PREGUNTA NÚM. 6.
POR FAVOR NO CONSTESTE LAS DOS PREGUNTAS SÓLO LA PREGUNTA QUE APLIQUE.**

5. Empleado asalariado que devenga un sueldo fijo a la fecha de esta incapacidad que está reclamando:

SEMANAL Salario Bruto \$ _____ BISEMANAL Salario Bruto \$ _____ MENSUAL Salario Bruto \$ _____ ANUAL Salario Bruto \$ _____

6. Empleado que devenga un sueldo jornal por hora:

a. \$ _____ por hora b. Horas que debe trabajar a la semana _____.

7. ¿Está este empleado reclamando o recibiendo beneficios bajo la Ley de Comp. por Accidente del Trabajo por esta incapacidad?

Sí No En caso afirmativo, indique el número de caso: _____

8. ¿Cuanto tiempo llevaba trabajando para usted al momento de incapacitarse?

9. ¿Continúa empleado con usted? Sí No

En caso negativo, indique la fecha en que renunció o fue retirado de su empleo.

Mes _____ Día _____ Año _____

10. ¿Está este empleado recibiendo beneficios del Seguro Social? Sí No En caso afirmativo, indique Mes _____ Día _____ Año _____

PATRONO _____ DIRECCIÓN _____

FECHA Mes _____ Día _____ Año _____

NOMBRE Y TÍTULO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

TELÉFONO _____ EXTENSIÓN _____ FIRMA _____

CERTIFICADO Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SUMINISTRE INFORMACIÓN MÉDICA Y LABORAL

Yo, _____, mayor de edad, _____, vecino (a) de _____, Puerto Rico, _____.
(Parentesco con el paciente o difunto)

Por la presente autorizo a toda institución hospitalaria y a todo facultativo médico, que haya sido consultado por el suscriptor o el difunto, en cuya posesión se encuentre algún tipo de récord médico del infrascrito, a que se entregue copia del mismo y/o un sumario de este a la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, o su Representante Autorizado portador del documento original o fotocopia del mismo.

Igualmente autorizo al acreedor a entregar copia de toda documentación existente de la deuda reclamada en esta solicitud. Además, autorizo a toda persona, sociedad o corporación pública o privada para la cual yo haya estado trabajando a que suministre a la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, o a su Representante Autorizado portador del documento original o fotocopia del mismo, toda la información relacionada con mi persona y trabajo que le sea requerida, incluyendo, pero sin limitación a ella, certificaciones patronales, certificaciones médicas, pruebas de HIV o historial de SIDA, sinopsis de mi expediente de empleo, días trabajados, periodos ausentes por enfermedad, sueldos, labores que desempeñaba, fecha en que por última vez realicé las labores de mi empleo y las razones para dejar el mismo.

Renuncio por este medio a toda disposición de ley que pueda prohibir o limitar la divulgación de la información que aquí se autoriza como también relevo de toda responsabilidad a cada una de las instituciones hospitalarias, facultativos médicos, personas o entidades para las que yo haya trabajado por suministrar a la Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI, o al tenedor de esta autorización, copia de cualquier información del suscriptor que tengan en su posesión, por entregar o preparar cualquier documento relacionado con dicha información.

Asimismo, acepto que la antedicha información podrá ser suministrada con la entrega de una fotocopia de esta autorización aceptando igualmente que dicha copia será tan válida como su original.

La Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico, COSVI en cumplimiento con las especificaciones de Ley bajo las cuales se regulan las Empresas de Seguro expone, para su conocimiento y cumplimiento lo siguiente.

“Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una Solicitud de Seguro o, que presentare, ayude o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y convicto 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.

En testimonio de lo cual, firmo la presente en _____, Puerto Rico a _____ de _____ de _____.

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma