



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

Con el propósito de orientarles mejor, incluimos la siguiente guía 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 información adicional de considerarlo necesario para completar el análisis de su reclamación. Recuerde que es necesario incluir los números de pólizas por las cuales reclama.

<b>Beneficio solicitado bajo la póliza de:</b>	<b>Documentos requeridos, si aplican:</b>
Póliza Cáncer y Enfermedades Perniciosas	<input type="checkbox"/> Informe Patológico o Pruebas de Diagnóstico <input type="checkbox"/> Facturas o recibos de los gastos que indique código de CPT, costo y fecha de servicio <input type="checkbox"/> Evidencia médica relacionada al beneficio reclamado <input type="checkbox"/> En caso de muerte, Certificado de Defunción con causa de muerte y sellos (Modelo RD 77)
Póliza Muerte Accidental y Desmembramiento	<input type="checkbox"/> En caso de muerte, Protocolo de Autopsia <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción que indique la causa de la muerte y con sellos (Modelo RD 77) <input type="checkbox"/> "Discharge Summary" que indique la fecha de ingreso y de alta y diagnóstico <input type="checkbox"/> Informe de la Policía <input type="checkbox"/> Informe Toxicológico y/o prueba de alcohol del chofer (si aplica) <input type="checkbox"/> Reporte Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Factura o recibo que indique gastos pagados por el asegurado
Póliza 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
Póliza Indemnización por Hospitalización (Enfermedad o Lesión)	<input type="checkbox"/> "Discharge Summary" que indique la fecha de ingreso y de alta y diagnóstico
Póliza Enfermedades Críticas	<input type="checkbox"/> Evidencia Médica
Endoso Primera Ocurrencia Diagnóstico de Cáncer	<input type="checkbox"/> Informe Patológico
Endoso Cáncer de la Mujer	<input type="checkbox"/> Informe Patológico <input type="checkbox"/> Factura de Gastos que indique código de CPT, costo y fecha de servicio <input type="checkbox"/> "Discharge Summary" que indique la fecha de ingreso y de alta y diagnóstico <input type="checkbox"/> Reporte de Operación
Endoso Beneficio Mensual por Hospitalización por Enfermedad	<input type="checkbox"/> "Discharge Summary" que indique la fecha de ingreso y de alta y 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 CFSE-0395-3) <input type="checkbox"/> De ser patrono propio someter copia de la Planilla Certificada de Contribuciones y Planilla IVU <input type="checkbox"/> Evidencia médica relacionada a la incapacidad reclamada
Endoso de Tratamiento Médico en Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/> Reporte de Sala de Emergencia. <input type="checkbox"/> Factura y/o recibos que indique los gastos pagados por el asegurado (Deducible de Gastos).
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/o Dislocación – Reporte de R/X y Reporte de Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Laceraciones – Reporte de Suturas y Reporte de Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Mutilaciones – Evidencia Médica y Reporte de Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Lesiones – Evidencia Médica y Reporte de Sala de Emergencia
Endoso por Convalecencia en el Hogar por Accidente	<input type="checkbox"/> Certificado Médico que indique el periodo de convalecencia en el hogar, luego de una hospitalización por accidente. <input type="checkbox"/> "Discharge Summary" que indique la fecha de ingreso y de alta y diagnóstico
Endoso Trasplante de Órgano	<input type="checkbox"/> Facturas o recibos de gastos incurridos <input type="checkbox"/> Evidencia médica
Endoso Ataque al Corazón, Apoplejía, Coma y Parálisis por Primera Vez	<input type="checkbox"/> Evidencia médica
Endoso Beneficio Educativo para hijos y cónyuges	<input type="checkbox"/> Certificación de Estudios de Institución Educativa Acreditada <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción con causa de muerte y sellos (Modelo RD 77) <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento de hijos <input type="checkbox"/> Copia del récord médico en caso de desmembramiento

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Por favor, remita esta solicitud debidamente firmada y acompañada de los documentos requeridos por cualquiera de las siguientes vías:

Cooperativa de Seguros de Vida de Puerto Rico  
 PO Box 366267 San Juan PR 00936-6267  
 Al fax: (787) 200-2574 o a través de  
 servicio.reclamaciones@cosvi.com  
 (se aceptarán documentos solamente en formato PDF)

www.cosvi.com

De tener alguna duda sobre como radicar su  
 solicitud de beneficios puede comunicarse a nuestro  
 Centro de Servicio al Cliente: (787) 751-2828



### SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA PLANES DE ACCIDENTE Y SALUD

RECLAMANTE ES:  ASEGURADO  CÓNYUGE  DEPENDIENTE

### INDIQUE LA (S) PÓLIZA (S) POR LA (S) CUAL (ES) USTED RECLAMA BENEFICIOS

<input type="checkbox"/> Cáncer y Enfermedades Perniciosas	Póliza 23- _____	<input type="checkbox"/> Indemnización por Hospitalización (Hospipago)	Póliza 26- _____
<input type="checkbox"/> Indemnización Hosp. Unidad Cuidado Intensivo	25- _____	<input type="checkbox"/> Enfermedades Críticas	30- _____
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Desmembramiento	26- _____		

### INDIQUE EL (LOS) ENDOSO (S) POR EL (LOS) CUAL (ES) USTED RECLAMA BENEFICIOS

<input type="checkbox"/> Endoso Primera Ocurrencia Diagnóstico de Cáncer	<input type="checkbox"/> Endoso Beneficios Opcionales de Accidente
<input type="checkbox"/> Endoso Cáncer de la Mujer	<input type="checkbox"/> Endoso por Convalecencia en el Hogar por Accidente
<input type="checkbox"/> Endoso Beneficio Mensual por Hospitalización por Enfermedad	<input type="checkbox"/> Endoso Trasplante de Órgano
<input type="checkbox"/> Endoso de Incapacidad por Accidente o Enfermedad	<input type="checkbox"/> Endoso Ataque al Corazón, Apoplejía, Coma y Parálisis por Primera Vez
<input type="checkbox"/> Endoso de Tratamiento Médico en Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/> Endoso Beneficio Educativo para hijos y cónyuges

### INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRIMARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Seguro Social del Asegurado Primario: \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (s): \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL ASEGURADO POR EL CUAL RECLAMA

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social del Asegurado por el cual reclama \_\_\_\_\_  
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

### 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 \_\_\_\_\_

**Condición Reclamada:** \_\_\_\_\_

Indique el nombre y teléfono 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?  Sí  No

En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico y la condición Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Condición \_\_\_\_\_

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 CODE: \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

4. Diagnóstico (s) Secundario: \_\_\_\_\_ ICD 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) Cuando 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 paciente anteriormente de esta condición o una parecida?  Sí  No

En caso afirmativo, indique: Diagnóstico o condición: \_\_\_\_\_ ICD-CODE \_\_\_\_\_

Fecha en que surgió la condición: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

10. ¿Estuvo hospitalizado el paciente por la condición que certifica?  Sí  No En caso afirmativo, indique:

Nombre y dirección del hospital: \_\_\_\_\_

Periodo de hospitalización: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

11. ¿Fue recluido en la Unidad de Cuidado Intensivo?  Sí  No Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

CERTIFICACION 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NPI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

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

1. Nombre Paciente \_\_\_\_\_ 2. Seguro Social \_\_\_\_\_

3. a. Paciente ha estado incapacitado: Desde: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hasta: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

b. Atendí a este paciente para su presente condición: Desde \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

4. Diagnóstico incapacitante: \_\_\_\_\_ ICD-CODE \_\_\_\_\_

5. ¿Está la incapacidad del paciente relacionado 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 paciente relacionado 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 en letra del molde \_\_\_\_\_

Dirección del Médico \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Núm. Licencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL PATRONO**

1. Nombre Empleado \_\_\_\_\_ 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" regresó físicamente a su trabajo.

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

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

5. ¿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: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuánto tiempo llevaba trabajando para usted al momento de incapacitarse? \_\_\_\_\_

7. ¿Continúa empleado con usted?  Sí  No

En caso negativo, indique la fecha que renunció o fue retirado de su empleo. Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

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

Certifico que la información dada es correcta y es la que se encuentra en el expediente del empleado.

Patrono \_\_\_\_\_ Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

Nombre y Título \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

CERTIFICACIÓN

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, ayudare 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 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.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Asegurado o Parentesco  
con el asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_