

1

¡ESTAMOS AQUÍ PARA SERVIRTE!

Por favor toma nota de la siguiente información sobre cómo someter una reclamación a Assurant.

- Recuerda, es tu responsabilidad continuar haciendo los pagos mensuales mientras evaluamos tu reclamación y hasta tanto no hayamos tomado una determinación.
- Si es necesario usa una hoja en blanco para listar el nombre y número de cuenta de cualquier otro seguro con Assurant.
- Para evitar retrasos con tu reclamación, revisa el formulario para asegurarte que has incluido toda la documentación. Es importante que firmes el formulario.
- Recomendamos que guardes copia de toda la documentación que nos sometas para revisión.

2

PARA RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD INICIAL

- Competa las Secciones 1 y 4.
- Solicita a tu médico que complete la Sección 2.
- Solicita a tu patrono que complete la Sección 3. Si eres patrono propio debes llenar el “Cuestionario para Patronos Propios” e incluir copia de tu planilla más reciente, Forma 480 o evidencia de radicación de quiebra.
- Si la condición reclamada ha sido evaluada y aprobada por la Administración del Seguro Social, incluye copia de la notificación de aprobación de beneficios.
- Si tu caso está bajo el cuidado de la “Corporación del Fondo del Seguro del Estado” (CFSE) o la “Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles” (ACAA) debes someter la siguiente información.
 - Para CFSE: CFSE Certificado médico del Fondo, Forma 1021, Copia de tarjeta de citas y Forma 395.
 - Para ACAA: Informe de evaluación médica.
- Debes someter cada mes tu información actualizada utilizando este mismo formulario. De necesitar una copia nueva, puedes descargar el formulario de reclamaciones de **Incapacidad Continua** a través de nuestro portal de autogestión reclamacionespr.assurant.com.

3

ENVÍANOS LAS FORMAS COMPLETADAS Y LOS DOCUMENTOS DE APOYO SOLICITADOS



Correo regular:

350 Ave. Carlos Chardón
 Torre Chardón Suite 1101
 San Juan, PR 00918



Correo electrónico:

reclamaciones@assurant.com



En línea, visitando:

reclamacionespr.assurant.com

Una vez recibida tu reclamación, permítenos 15 días laborables para procesar la misma.
 Todos los beneficios serán pagados directamente a tu acreedor financiero.

¿NECESITAS AYUDA?



Visita nuestro portal reclamacionespr.assurant.com
 24 horas al día, 7 días de la semana o
 llámanos libre de costo al 1-800-981-8888
 Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



Favor de completar el formulario usando letra de molde.

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO

NÚMERO DE RECLAMACIÓN

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA

NÚMERO DE PRESTAMO

¿HAS CAMBIADO DE DIRECCIÓN?

SI CONTESTASTE SI, ESCRIBE TU NUEVA DIRECCIÓN

SÍ NO

CUESTIONARIO PARA PATRONOS PROPIOS

Favor de confirmar que la información aquí provista es correcta y fidedigna.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO NOMBRADO

NÚMERO DE PRESTAMO

¿CONTINUAS SIN TRABAJAR?

SÍ NO

SI CONTESTO SI, FECHA DE REGRESO AL TRABAJO

MES

DÍA

AÑO

INFORMACIÓN DEL NEGOCIO

NOMBRE DEL NEGOCIO

FECHA DE COMIENZO DEL NEGOCIO

MES

DÍA

AÑO

DIRECCIÓN DEL NEGOCIO

TELÉFONO DE TRABAJO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO

A ser completada por un médico licenciado para ser remitido a la compañía, sin costo alguno. Si prefiere puede someter un certificado médico que contenga la misma información que solicita el formulario. El certificado debe ser en papel timbrado o de recetario, debe estar fechado y firmado, y debe incluir el número de licencia médica.

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE				TELÉFONO DEL PACIENTE		
¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE SURGIERON LOS SÍNTOMAS O CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?				_____	_____	_____
				MES	DÍA	AÑO
CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO			FECHA DE DIAGNÓSTICO			
ICD-11:		DSM V:			_____	_____
					MES	DÍA
					AÑO	
DIAGNÓSTICO						
PROVEER TODAS LAS FECHAS DE TRATAMIENTOS DESDE LA ÚLTIMA VISITA				PROVEER PRÓXIMA FECHA DE TRATAMIENTO		
PROVEA NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE OTROS MÉDICOS TRATANDO AL PACIENTE POR ESTA CONDICIÓN						
FECHA EXACTA DE INCAPACIDAD TOTAL (NO PUEDE TRABAJAR)						
DESDE		_____	_____	_____	HASTA	
		MES	DÍA	AÑO		
						AÑO
FECHA EXACTA DE INCAPACIDAD PARCIAL (TRABAJA BAJO TRATAMIENTO)						
DESDE		_____	_____	_____	HASTA	
		MES	DÍA	AÑO		
						AÑO
SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA AÚN BAJO SU CUIDADO, INDIQUE LA FECHA ESTIMADA EN LA QUE EL PACIENTE SE REINTEGRARÁ AL TRABAJO.				_____	_____	_____
				MES	DÍA	AÑO
SI NO, ¿CUÁNDO ESPERA QUE EL PACIENTE SE HAYA RECUPERADO LO SUFICIENTE COMO PARA VOLVER A TRABAJAR?				_____	_____	_____
				MES	DÍA	AÑO

PROGNOSIS / COMENTARIOS (FAVOR DE PROVEER DETALLES ADICIONALES QUE, A SU ENTENDER, PUEDAN SER RELEVANTES)

EN SU OPINIÓN EXPERTA, ¿CÓMO CLASIFICARÍA ESTE PACIENTE?

INCAPACITADO TOTAL Y PERMANENTEMENTE INCAPACITADO PARCIALMENTE NO ESTA INCAPACITADO

SI ESTÁ INCAPACITADO PARCIALMENTE, ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS USTED ESPERA QUE EL PACIENTE ESTÉ INCAPACITADO?

1-2 MESES 3 MESES 6 MESES MAS DE 9 MESES INDETERMINADO

INFORMACIÓN DEL MÉDICO LICENCIADO

NOMBRE

ESPECIALIDAD

NÚMERO DE LICENCIA

DIRECCIÓN DEL MÉDICO LICENCIADO

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE FAX

CORREO ELECTRÓNICO

“Por la presente certifico que la información indicada aquí se basa en una probabilidad médica razonable y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber.”

FIRMA DEL MÉDICO

MES

DÍA

AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he provisto información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de incapacidad que el asegurado se apresta a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información aquí certificada es esencial para el procesamiento de su reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información así certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.

A ser completada por el patrono sin costo alguno a la compañía.
 Yo soy el patrono del asegurado nombrado y, con el fin de proveer información a la compañía que promueva el pago de la reclamación de dicho asegurado, certifico lo siguiente:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO

¿HA REGRESADO A TRABAJAR?

 SÍ NO

 FECHA EN QUE
 REGRESO A TRABAJAR

 MES

 DÍA

 AÑO

 ¿EL EMPLEADO HA REANUDADO EL EMPLEADO
 TODAS SUS RESPONSABILIDADES?

 SÍ NO

SI CONTESTÓ NO, ¿QUÉ TAREAS PUEDE LLEVAR A CABO?

COMENTARIOS ADICIONALES

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

TELÉFONO DE CONTACTO

NÚMERO DE FAX

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA

COMPLETADO POR: NOMBRE (EN LETRA DEL MOLDE)

TÍTULO

CORREO ELECTRÓNICO:

FIRMA

 MES

 DÍA

 AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he provisto información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de incapacidad que el asegurado se apresta a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de su reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.

Por favor certifica que toda la información aquí provista es correcta y fidedigna. Esta sección es requerida para todo tipo de reclamaciones.

AUTORIZO a cualquier patrono, médico, hospital, clínica o cualquier otra institución médica o relacionada con servicios médicos, al “Medical Information Bureau, Inc.”, compañía aseguradora o reaseguradora, asegurador, agencia encargada del cumplimiento de las leyes, cuerpo de bomberos o cualquier otra organización o persona que tenga expedientes, datos o información referente a esta reclamación que provea, de ser solicitado dicho expediente, datos o información a Caribbean American Life Assurance Company/Caribbean American Property Insurance Company (las aseguradoras) o a su representante o representantes autorizados. Entiendo que, al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea confidencial, por cuanto la misma es pertinente para el trámite o investigación de mi reclamación. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original. Entiendo y certifico que esta autorización es válida para todos los expedientes o cualquier parte de éstos que sean requeridos, que pudieran incluir tratamientos para padecimientos físicos o mentales, uso de alcohol/substancias controladas, y/o resultados de pruebas o diagnóstico y tratamiento del virus de inmunodeficiencia adquirida/SIDA. Expresamente consiento a la divulgación de información como se señala anteriormente. Esta autorización estará vigente durante 6 meses a partir de la fecha en que se firme.

RESPONSABILIDAD POR INFORMACIÓN FRAUDULENTA

TODA PERSONA que suministre información verbalmente o por escrito u ofrezca cualquier testimonio sobre actos impropios o ilegales que por su naturaleza constituyan actos de fraude en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000) ni mayor de diez mil dólares (10,000), 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.

“Por la presente certifico que la información indicada anteriormente se basa en una probabilidad médica razonable, y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber.”

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA

MES_____
DÍA_____
AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he recibido información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación a la cubierta de incapacidad que me apresto a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de mi reclamación. Además, certifico que he leído y completado el formulario en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.