



Chubb Insurance Company of Puerto Rico  
33 Resolución Street, Ste 500  
San Juan, PR 00920-2707

P.O. Box 191249  
San Juan, PR 00919-1249

T +1-787-274-4700  
F +1-787-758-6989

## Formulario de Reclamación de Accidente y Salud

### Instrucciones

---

Usted debe hacer referencia a su póliza de seguro al momento de someter la reclamación correspondiente.

En caso de que su reclamación sea por Hospitalización, Cáncer, Enfermedades Graves, Desmembramiento, Incapacidad, SINOT, Servicios Ambulatorios o Muerte Accidental, favor de someter la prueba médica necesaria de acuerdo a su póliza:

1. a) Hospitalización – Entregar evidencia del resumen de admisión y alta. Si la reclusión fue de 10 días o más, someter además la facturación del hospital.  
b) Servicio ambulatorio - Evidencia del servicio médico recibido y/o del reporte de la operación o cirugía ambulatoria.  
c) Cáncer- Evidencia del reporte de patología y de todos los récords médicos del tratamiento recibido por la condición.  
d) Enfermedades Graves- Copia de los récords médicos relacionados al tratamiento de la enfermedad diagnosticada.  
e) Muerte Accidental - Certificado defunción, reporte de la policía y cualquier otro documento relevante al accidente.
2. De reclamar beneficios por incapacidad deberá completar las partes I, II y III de este formulario.
3. Todo tipo de reclamación que se presente, el asegurado o reclamante debe completar la parte I. Si el reclamante no es el asegurado principal usted debe presentar evidencia de elegibilidad según lo requiera su póliza.
4. Su médico deberá completar el Certificado Médico que se indica en la Parte III. **(Todos los casos)**
5. Firma de autorización y certificación.
6. Enviar este formulario y sus anejos a: **puertorico-firstnoticeofloss@chubb.com**

**Nota: Nos reservamos el derecho de solicitar documentos adicionales de ser necesario.**

### Parte I - Informe del Reclamante

---

1. Nombre del Asegurado Principal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ (Mes/Día/Año)
2. Dirección Residencial \_\_\_\_\_
3. Dirección Postal \_\_\_\_\_  
Seguro Social \_\_\_\_\_
4. Tel. Residencial o Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_
5. Número de Póliza \_\_\_\_\_ Núm. Cuenta Bancaria \_\_\_\_\_
6. Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Relación con Asegurado \_\_\_\_\_
7. Nombre, dirección y teléfono del patrono del Asegurado Principal (si aplica) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Posición u ocupación actual \_\_\_\_\_
9. Fecha en que se lesionó o enfermó: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ (Mes/Día/Año)
10. Fecha en que recibió tratamiento médico por esta condición por primera vez \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

11. Nombres y direcciones de los hospitales y médicos donde obtuvo atención médica por primera vez por la condición diagnosticada y de aquellos con los cuales ha continuado recibiendo tratamiento de seguimiento por dicha condición:

---



---



---

12. De ser la pérdida reclamada a consecuencia de un accidente, favor describir cuándo, cómo y dónde ocurrió el mismo:

---



---



---

13. Fecha de Fallecimiento (si aplica) \_\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

14. De haber sido hospitalizado, indique el nombre del hospital \_\_\_\_\_

15. Fecha de hospitalización: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía o servicio ambulatorio: \_\_\_\_\_

16. Ha recibido tratamiento médico por esta condición o alguna similar previamente?  Sí  No

17. De ser afirmativo, favor informar en qué fecha y el médico u hospital que lo atendió. \_\_\_\_\_

---

## Autorización

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico o cualquier otra persona que me haya atendido o examinado, a cualquier otra entidad u organización en general, a otorgar a Chubb Insurance Company of Puerto Rico, o a sus representantes, cualquier información con respecto a cualquier enfermedad o lesión sufridos por mí; historial médico, consultas y/o tratamientos y a entregar información o copias de todos los expedientes o "records" que obren en sus archivos. Copia fotostática del original de esta autorización debe ser considerada tan válida y efectiva como su original. Nota: "Favor de incluir copia de la licencia ó identificación con foto para solicitar lo antes mencionado".

En \_\_\_\_\_ hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Si la persona asegurada es menor, indique parentesco de la persona que firma la presente autorización.

Firma \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

## Aviso

### Artículo 27.320 - Código de Seguros De Puerto Rico

"Cualquier persona que a sabiendas y 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 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 II Formulario para los casos de Incapacidad (use letra de molde)

1. Nombre completo y apellidos \_\_\_\_\_
2. Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_ 3. Núm. Empleado \_\_\_\_\_
4. Salario semanal regular \_\_\_\_\_ 5. Horario semanal regular \_\_\_\_\_
6. Salario utilizado para el pago de Ley 3 (maternidad) \_\_\_\_\_
7. Ocupación  Exento  No Exento 8. Si es chofer, núm. de licencia \_\_\_\_\_
9. El (la) empleado (a) cotiza para:  Seguro choferil  SINOT
10. Ultimo día de trabajo \_\_\_\_\_
11. Razón de cesantía (si aplica) \_\_\_\_\_
12. Día que regresó a trabajar \_\_\_\_\_
13. ¿Es un patrono asegurado voluntariamente bajo la Ley 139 del Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporal (SINOT)?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía aseguradora con quien tiene la póliza de SINOT vigente:

14. Incapacidad relacionada con el trabajo:  Sí  No Núm. caso F. S. E. \_\_\_\_\_
- Incapacidad relacionada con accidente automóvil:  Sí  No Núm. caso ACAA \_\_\_\_\_

15. ¿Recibió algún pago el empleado durante su incapacidad?  Sí  No En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

16. Fecha de comienzo en el empleo \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

17. Está usted asegurado por Incapacidad con cualquier otra organización?  Sí  No

18. De ser su contestación anterior afirmativa, indique nombre (s) dirección (es) de la (s) compañía (s), así como número de póliza (s) y beneficio (s):

19. Nombre y teléfono del Patrono y del Gerente de Recursos Humanos en donde trabaja: \_\_\_\_\_

### Certificación

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Entiendo que el Código de Seguros impone penas graves como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal, por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Firma del reclamante (o su representante autorizado) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

### Parte III Certificado Médico (a ser completado y firmado por su médico)

Patient Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Diagnosis and concurrent conditions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is condition due to injury or sickness arising out of patient's employment?  Yes  No Pregnancy?  Yes  No

Date symptoms first appeared or date of accident: \_\_\_\_\_

Date patient first consulted you for this condition: \_\_\_\_\_

Patient ever had samee or similar condition?  Yes  No If "yes" when and describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patient was referred to me by Dr. \_\_\_\_\_ Date patient consulted for this condition \_\_\_\_\_

Patient still under your care for this conditions? From \_\_\_\_\_ Thru: \_\_\_\_\_

Patient was partially disabled  Yes  No Period of convalescence care: \_\_\_\_\_

Limitations (if there is limitation, check and describe below)

Standing \_\_\_\_\_  Climbing \_\_\_\_\_  Bending \_\_\_\_\_  Use of Hands \_\_\_\_\_

Sitting \_\_\_\_\_  Walking \_\_\_\_\_  Stooping \_\_\_\_\_  Lifting \_\_\_\_\_

Psychological \_\_\_\_\_  Other (state which) \_\_\_\_\_

**Physicians Impairment ("as defined in Federal Dictionary of Occupational Titles") For disability claims only.**

Class 1-No limitation of functional capacity, capable of heavy work. No restrictions (0-10%)

Class 2-Medium manual activity (15-30%)

Class 3-Light limitation of functional capacity, capable of light work (35-55%)

Class 4-Moderate limitation of functional capacity, incapable of minimal (sedentary) activity (60-70%)

Class 5-Severe limitation of functional capacity, incapable of minimal (sedentary) activity (75-100%)

Remarks: \_\_\_\_\_

**Extent of Disability**

From Patient's Regular Occupation

From Any Occupation

(a) Is patient still totally disabled?

Yes  No

Yes  No

(b) If no. When patient will be able to return to work?

Mo \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_ 20\_\_

Mo \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_ 20\_\_

(c) If yes. When do you estimate patient will be able to resume any work?

Approximate Date

Mo \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_ 20\_\_

Mo \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_ 20\_\_

Indefinite  Never

Does patient have other health coverage?  Yes  No

If "Yes" please identify. \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ (Month/Day/Year) Physician's name (print): \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ License Number: \_\_\_\_\_

Office address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_