

INSTRUCCIONES PARA TRAMITAR SU RECLAMACIÓN POR FALLECIMIENTO:

Gracias por ser parte de nuestra gran familia de asegurados de nuestros planes suplementarios de salud.

1. Complete y firme el formulario de Reclamación por Fallecimiento.

2. Incluya los siguientes documentos con su Formulario de Reclamación por Fallecimiento:

A. Documentos relacionados al Asegurado Fallecido:

- I. Póliza original o declaración por la pérdida de la misma.
- II. Original del Certificado de Nacimiento o Bautismo del asegurado fallecido.
- III. Original del Certificado de Defunción con la causa de muerte.

B. Documentos relacionados al Solicitante Reclamante:

- I. Identificación con retrato y firma del reclamante.
- II. Copia del Seguro Social del reclamante.
- III. Original del Certificado de Matrimonio en caso de cónyuge del Asegurado Fallecido. En caso de pareja consensual, y en ausencia de Certificado de Matrimonio, una Declaración Jurada sobre el hecho de la convivencia en forma pública y evidenciable del solicitante reclamante con el asegurado fallecido.

C. Documentos relacionados a los Beneficiarios:

- I. Si el beneficiario o uno de ellos es menor de edad deberá someter:
 - a. Original del Certificado de Nacimiento del menor(es).
 - b. Copia Certificada del documento mediante el cual se nombra al tutor del menor.
 - c. Nombre y dirección postal del tutor del menor.
 - d. Complete el formulario OAT 1032 del Tribunal General de Justicia (Información sobre el (la) Beneficiario (a) de Cuentas bajo la Custodia del Tribunal) por cada beneficiario que fuere menor de edad.

Si al momento de fallecer el asegurado no ha sobrevivido el beneficiario designado, o fallece posterior al asegurado, y no hay otro beneficiario nombrado, ni existe nombrado beneficiario contingente, deberá someter:

- I. Original del Certificado de Defunción del beneficiario(s).

3. En caso de muerte por Accidente, favor incluir los siguientes documentos:

- A. Informe final de la policía.
- B. Informe de autopsia y toxicología.

4. Si es la primera reclamación bajo la Póliza de Cáncer, favor incluir el informe de Patología donde le diagnosticaron el cáncer al asegurado fallecido. (El hospital o el médico le proporcionarán a su solicitud este reporte). Si el diagnóstico de cáncer se realizó basado en información clínica, en vez de resultados patológicos, por favor presente la evidencia que estableció el diagnóstico de cáncer. En casos de Enfermedades Perniciosas deberá someter copia de los estudios dónde se confirmó dicha condición por primera vez, junto a la certificación del médico especialista.

Una vez completado el formulario, con la documentación de apoyo correspondiente, favor proceder con su envío al siguiente correo electrónico o dirección postal:

E-mail: reclamaciones@tolic.com

Teléfono: (787) 620-2700

Fax: (787) 620-2713

Dirección postal
GPO Box 363467, San Juan, PR 00936-3467

Dirección física
121 Calle O'Neill, San Juan, PR 00918-2404

Favor utilizar letra de molde. Todos los campos son requeridos.

Sección 1: Información del Asegurado Principal o Pagador

1. Nombre del Asegurado Principal:	2. Fecha de Nacimiento: MM / DD / AAAA	3. Seguro Social:	4. Número de Póliza:
5. Dirección Postal:		6. Pueblo:	7. Código Postal:
8. Marque esta casilla si la dirección postal es su dirección permanente: <input type="checkbox"/>		9. Teléfono:	10. E-Mail:
11. Nombre del Beneficiario:	12. Fecha de Nacimiento: MM / DD / AAAA	13. Seguro Social del Beneficiario:	
14. Relación con el fallecido:	15. Teléfono del Beneficiario:		
16. Dirección Postal del Beneficiario:	17. Pueblo:	18. Código Postal:	

Sección 2: Información del Asegurado Cubierto

1. Nombre del Asegurado Fallecido:	2. Fecha de Nacimiento: MM / DD / AAAA	3. Seguro Social:
4. Número de Póliza:	5. Fecha de Defunción: MM / DD / AAAA	
6. La causa del fallecimiento se debió a:	Nombre la enfermedad	Fecha de comienzo de la enfermedad MM / DD / AAAA
<input type="checkbox"/> A. Enfermedad		
<input type="checkbox"/> B. Accidente	Favor describir brevemente	Fecha del accidente MM / DD / AAAA
<input type="checkbox"/> C. Otra (indique cual)		

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y 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 o 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) 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.

Notas: (1) Para incluir los datos de más beneficiarios solicite una página adicional. Se requiere completar el formulario OAT 1032 del Tribunal General de Justicia por cada beneficiario que fuere menor de edad. (2) En caso de representante legal, presente evidencia.

Nombre del Solicitante (letra de molde)

Firma del Solicitante

Fecha

DD/MM/AAAA

Puede enviar este formulario por alguno de los siguientes medios:

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
Tribunal de Primera Instancia
Sala Superior de _____

Información sobre el (la) Beneficiario(a) de Cuentas bajo la Custodia del Tribunal

Instrucciones: Favor de completar en computadora, a máquina o en letra de molde. Archive en el expediente. De ocurrir algún cambio en la información aquí presentada, deberá actualizar la misma sometiendo un nuevo documento en la Secretaría del Tribunal.

Información sobre el (la) Beneficiario(a)	
1. Nombre	2. Número del Caso: _____
<i>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial</i>	
3. Dirección Postal:	4. Dirección Residencial:
<i>Apartado de Correo Pueblo</i>	<i>Urbanización Calle Número Pueblo</i>
<i>Estado Zip Code</i>	<i>Estado Zip Code</i>
5. Marque con una (X): <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Incapacitado(a)	6. Números de teléfono: Residencial: ()- -
7. Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>(día/mes/año)</i>	Trabajo: ()- - Celular: ()- -
Información del Padre, Madre o Tutor(a)	
8. Nombre	9. Parentesco con Beneficiario(a): _____
<i>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial</i>	
10. Dirección Postal:	11. Dirección Residencial:
<i>Apartado de Correo Pueblo</i>	<i>Urbanización Calle Número Pueblo</i>
<i>Estado Zip Code</i>	<i>Estado Zip Code</i>
12. Números de teléfono: Residencial: ()- - Trabajo: ()- - Celular: ()- -	
Información del Familiar más Cercano que no Viva con el (la) Beneficiario(a)	
13. Nombre	14. Parentesco con Beneficiario(a): _____
<i>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial</i>	
15. Dirección Postal:	16. Dirección Residencial:
<i>Apartado de Correo Pueblo</i>	<i>Urbanización Calle Número Pueblo</i>
<i>Estado Zip Code</i>	<i>Estado Zip Code</i>
17. Números de teléfono: Residencial: ()- - Trabajo: ()- - Celular: ()- -	
Información Sobre la Cuenta	
18. Banco:	19. Número de Cuenta: _____
<i>Banco Sucursal</i>	20. Depósito Inicial: \$ _____