

SEGURO DE ACCIDENTES GRUPAL
FORMULARIO DE DENUNCIA DE RECLAMACIONES

El presente formulario debe ser completado en su totalidad y sin omitir contestación.

SECCION I: REPORTE DEL ASEGURADO

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA EN SU TOTALIDAD Y FIRMADA POR EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

PÓLIZA NO. AHR-0000251	NOMBRE DEL ASEGURADO: UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA LESIONADA:	EDAD:
NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO (SI ES MENOR DE 21 AÑOS):	TELÉFONO:
FECHA EXACTA EN LA QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE (día/mes/año):	HORA: ☐ AM ☐ PM
LUGAR DONDE SE ENCONTRABA CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:	
DESCRIBA EN DETALLE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE Y TODAS LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE:	
¿OCURRIÓ EL ACCIDENTE MIENTRAS SE ENCONTRABA EN RUTA DEL HOGAR HACIA LA INSTITUCIÓN ASEGURADA? ☐ SI ☐ NO ¿OCURRIÓ EL ACCIDENTE MIENTRAS SE ENCONTRABA EN RUTA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA HACIA EL HOGAR? ☐ SI ☐ NO ¿OCURRIÓ FUERA DE LAS FACILIDADES DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA? ☐ SI ☐ NO ¿OCURRIÓ EL ACCIDENTE DURANTE UNA ACTIVIDAD AUSPICADA Y SUPERVISADA POR LA INSTITUCIÓN ASEGURADA? ☐ SI ☐ NO	
SI RESPONDIÓ "NO" A LA PREGUNTA ANTERIOR, FAVOR MENCIONAR DURANTE QUE TIPO DE ACTIVIDAD OCURRIÓ EL ACCIDENTE:	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA:	
PUESTO QUE OCUPA:	TELÉFONO(S):
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA:	

SECCION II: REPORTE DE RECLAMANTE

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR LA PERSONA LESIONADA O SU ENCARGADO CUANDO LA PERSONA LESIONADA SEA MENOR DE EDAD. ES REQUISITO COMPLETAR ESTA SECCIÓN EN SU TOTALIDAD SI ESTA RECLAMANDO EL REEMBOLSO O EL PAGO DE ALGÚN GASTO MÉDICO.

NOMBRE DE LA PERSONA LESIONADA:	FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año):
DIRECCION POSTAL:	TELÉFONO:
MÉTODO DE COMUNICACIÓN DE SU PREFERENCIA: ☐ DIRECCIÓN POSTAL ☐ CORREO ELECTRÓNICO: _____	
¿POSEE PLAN MÉDICO? ☐ SI ☐ NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA: _____	
¿TIENE USTED ALGÚN OTRO SEGURO? ☐ SI ☐ NO SI CONTESTÓ QUE SI, INDIQUE CUAL: _____	

CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN Y FIRMA DEL RECLAMANTE (O SU ENCARGADO CUANDO LA PERSONA LESIONADA SEA MENOR)

"Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información 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 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 5 años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años".

NOTA: TODO REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS BAJO ESTA PÓLIZA SERA EN EXCESO DEL PLAN MEDICO Y CUALQUIER OTRO SEGURO DISPONIBLE.

AUTORIZACIÓN: POR ESTE MEDIO AUTORIZO A TODOS LOS MEDICOS, HOSPITALES, CLINICAS, PLANES MEDICOS Y DEMAS INSTITUCIONES QUE ME HAN TRATADO A QUE SUMINISTREN A QBE SEGUROS CUALQUIER INFORMACION, INCLUYENDO COPIAS EXACTAS DE SUS ARCHIVOS, EXAMENES DE LABORATORIO Y RAYOS X QUE SEAN SOLICITADOS.

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE HE REVISADO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO Y LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERÍDICAS, SEGÚN MI LEAL ENTENDER.

Firma de la Persona Lesionada o su Encargado (cuando sea menor de 21 años)

Fecha

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA PÓLIZA DE ACCIDENTE Y COMO SOLICITAR LOS BENEFICIOS.**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA PÓLIZA DE ACCIDENTE**

- Las cubiertas de la póliza de accidente están disponibles únicamente por causa de un accidente que ocurra durante las actividades cubiertas bajo la póliza.
- **Todos los gastos médicos se cubrirán en exceso de su plan médico. Se requiere presentar su tarjeta del plan médico a cualquier proveedor de servicios que visite.**
- Se cubrirán los gastos médicos para el tratamiento recibido dentro de 1 año a partir de la fecha del accidente o hasta alcanzar el límite asegurado en la póliza.
- Su póliza dispone que:
 - Usted tiene un periodo de noventa (90) días a partir de la fecha del accidente para notificarle a Óptima Seguros por escrito sobre la ocurrencia del accidente, o tan pronto como sea razonablemente posible.
 - Usted tiene veinte y seis (26) semanas a partir de la fecha del accidente para recibir la primera atención médica.

¿QUE HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE?

En caso de una emergencia, el lesionado debe buscar atención médica inmediatamente. Comuníquese al 9-1-1 si fuera necesario.

Siempre que ocurra un accidente que requiera atención médica, el representante autorizado de la institución debe completar y firmar la Sección I de este formulario de reclamación y entregarle una copia a la persona lesionada. La persona lesionada o su encargado, debe completar y firmar la Sección II del formulario de reclamación.

Recuerde que la póliza de accidente cubrirá los gastos médicos relacionados a un accidente cubierto, en exceso a su plan médico y cualquier otro seguro disponible. Por tanto, la persona lesionada siempre debe presentar su tarjeta de plan médico en cualquier oficina médica u hospital donde reciba tratamiento.

¿CÓMO PUEDO UTILIZAR LOS SERVICIOS DE RED DE PROVEEDORES MÉDICOS?

Para utilizar los beneficios de la Red de Proveedores (CorVel, Corp.) que ofrece la póliza de accidente, el representante autorizado de la institución, la persona lesionada y/o el proveedor de servicios médicos deberá comunicarse a las oficinas de CorVel y proveer una copia del formulario de reclamación debidamente completado y firmado tan pronto sea posible. **Es importante que todos los blancos del formulario de reclamación estén debidamente completados y que ambas secciones estén firmadas para evitar retrasos en la coordinación de los servicios médicos y el manejo de su reclamación.**

La información de contacto de CorVel es la siguiente:

Teléfonos: (877) 974-2187 (disponible en cualquier momento)
(787) 522-2507 (lunes a viernes de 8am a 5pm)
(787) 522-2506 (lunes a viernes de 8am a 5pm)
(787) 522-2500 (noches y fines de semana)
Núm. De Fax: (866) 434-2655

Dirección Postal: CorVel Corporation
Metro Office Park
14 Calle 2, Suite 101

¿COMO SOLICITAR EL REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS?

Si por alguna razón usted decidió no utilizar los servicios de la Red de Proveedores y ha pagado por algún servicio médico que interesa reclamar al seguro, debe conservar los recibos **originales** de pago. Los mismos deben: 1) contener la fecha en que se ofreció el servicio; 2) mostrar el servicio médico al que corresponde; 3) estar en papel timbrado del proveedor de servicios o llevar el sello del proveedor de servicios que ofreció el tratamiento médico. Tenga en mente lo siguiente:

- Si interesa reclamar el reembolso de costo de algún medicamento, debe conservar y proveer la siguiente información:
 - Copia de la receta del médico que ordenó el medicamento.
 - Copia del empaque del medicamento donde aparezca el nombre del paciente y el nombre del medicamento.
- Si interesa reclamar el reembolso de costo de algún aparato ortopédico, debe conservar y proveer copia de la receta del médico que le ordenó el uso del aparato ortopédico.
- Si interesa reclamar el reembolso del costo de algún estudio especializado (Rayos X, MRI, CT Scan, etc.) debe conservar y proveer copia del resultado o la lectura del estudio.
- Si interesa reclamar los gastos relacionados a una cirugía, debe conservar y proveer copia del reporte operatorio.

El formulario de reclamación debidamente completado y firmado debe ser enviado por correo o entregado en Óptima Seguros, acompañado de la evidencia pertinente para procesar su solicitud de reembolso. Nuestra dirección postal es:

Óptima Seguros – Departamento de Reclamaciones
PO Box 195500, San Juan, PR 00919-5500

De usted tener cualquier pregunta o necesitar información adicional puede comunicarse con el Departamento de Reclamaciones al (787) 765-2125.