

American International Underwriters

80 Pine Street, 8th Floor
New York, NY 10270
(212) 770-7000

PRUEBA DE PÉRDIDA DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL



NOMBRE DEL GRUPO: MASTERCARD INTERNATIONAL

PÓLIZA NÚMERO:

Instrucciones del Tenedor de la Póliza

Con el fin de asegurar el inmediato procesamiento de esta solicitud, por favor enviar el formulario de reclamación al solicitante. El Administrador de MASTERCARD completará la sección A en su totalidad. Verifique que las secciones B y C están completadas y firmadas por el Tarjetahabiente que presenta el reclamo y por el médico, respectivamente. El solicitante es responsable por el envío de la declaración del médico sin costo para la compañía.

Devuelva este formulario a la siguiente dirección:

Marsh, Inc.

Attn: Maria E. Cardona

1166 Avenue of the Americas

New York, NY 10036-USA

Tel: 1-212-345-5010

Fax: 1-212-345-3706

Adicional al formulario de reclamación, es necesario adjuntar los siguientes documentos:

(1) Una copia del estado de cuenta de la tarjeta de crédito MASTERCARD, que demuestre el cargo de la totalidad del boleto aéreo.

(2) El reporte del transportador común del accidente.

Todas las preguntas deben ser contestadas en su totalidad. Nos reservamos el derecho de solicitar u obtener información adicional en caso de ser necesario.

Sección A: Tarjetahabiente/ Información del reclamante

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TARJETAHABIENTE

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE		RELACIÓN CON EL TARJETAHABIENTE <input type="checkbox"/> EL MISMO <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> HIJO DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> OTRO	FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE
FECHA EFECTIVA DE LA TARJETA	ESTADO DE LA TARJETA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ACTIVA <input type="checkbox"/> INACTIVA: FECHA DE EXPIRACIÓN: ____/____/____ MES/DIA/AÑO	FECHA DEL ACCIDENTE	
FECHA DE EXPIRACIÓN DE LA TARJETA	TIPO DE TARJETA <input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> GOLD <input type="checkbox"/> PLATINUM <input type="checkbox"/> BUSINESS <input type="checkbox"/> CORPORATE <input type="checkbox"/> BUSINESS / CORP MULTI TICKET		

Si el reclamo es efectuado por un dependiente del tarjetahabiente, complete la siguiente información:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DEPENDIENTE	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL O IDENTIFICACIÓN	MONTO DE LOS BENEFICIOS	ESTADO CIVIL DEL DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO (FECHA) ____/____/____ MES/DIA/AÑO
OCUPACIÓN DEL DEPENDIENTE	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		

Sección B: Información del Solicitante



DESCRIPCIÓN COMPLETA DE CÓMO SUCEDIÓ EL ACCIDENTE. DESCRIBA DAÑOS/HERIDAS CAUSADAS.

RELACIONE TODOS LOS MÉDICOS Y CIRUJANOS QUE ATENDIERON AL SOLICITANTE POR LOS DAÑOS/ HERIDAS CAUSADAS

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO
NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO

RELACIONE TODOS LOS TESTIGOS DEL ACCIDENTE

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO
NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO

Autorización

Yo, el firmante, autorizo a cualquier hospital, institución médica, médico u otro profesional médico, farmacia, organización de soporte de seguros, agencia gubernamental, grupo tenedor de la póliza, compañía de seguros, asociación, empleador o administrador de plan de beneficios, para su ministrar a la compañía de seguros nombrada en el comienzo de esta solicitud o a sus representantes, cualquier información relacionada con cualquier accidente, herida o enfermedad sufrida, historia médica, o cualquier consulta, prescripción, o tratamiento proveído a la persona cuya muerte, herida o enfermedad o pérdida es la base de este reclamo, y copias de todos los archivos del hospital y registros médicos, incluyendo información relacionada con enfermedad mental y uso de drogas y alcohol para determinar la elegibilidad del pago de los beneficios bajo el número de póliza identificada al inicio de la presente solicitud. Adicionalmente, autorizo al grupo tenedor de la póliza, empleador o administrador del plan de beneficios, para proveer a la compañía de seguros nombrada al inicio de esta solicitud, la información financiera y laboral relacionada. Entiendo que esta autorización es válida por el plazo de la cobertura de la póliza identificada al inicio de esta solicitud y que una copia de esta autorización será considerada tan válida como el original de la misma. Así mismo entiendo que yo, o mi autorizado, podemos solicitar una copia de esta autorización.

CERTIFICO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES CIERTA Y CORRECTA CON RESPECTO A MIS CONOCIMIENTOS.

FIRMA DEL SOLICITANTE O PERSONA AUTORIZADA	FECHA DE LA DECLARACIÓN (MES/ DÍA / AÑO)
DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE O PERSONA AUTORIZADA (NÚMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO)	NÚMERO TELEFÓNICO OFICINA () NÚMERO TELEFÓNICO CASA ()



Sección C: Declaración del Médico

EL SOLICITANTE ES RESPONSABLE DE HACER COMPLETAR ESTA DECLARACIÓN POR PARTE DEL MÉDICO, SIN COSTO ADICIONAL PARA LA COMPAÑÍA.

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, CÓDIGO POSTAL)
---------------------	------	--

NATURALEZA DE LA LESIÓN (DESCRIBIR COMPLICACIONES SI APLICA)

FECHA DEL ACCIDENTE (MES/ DÍA / AÑO)	FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA POR ESTA CONDICIÓN (MES/ DÍA / AÑO)
--------------------------------------	--

LAS LESIONES DE ACCIDENTE RESULTARON EN:

PÉRDIDA DE LAS MANOS? <input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA	EL DESMEMBRAMIENTO FUE ANTES O EN LA UNIÓN DE LA MUÑECA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DEL DESMEMBRAMIENTO	FRACTURA EXISTENTE
PÉRDIDA DE LOS DEDOS PULGAR E ÍNDICE DE LA MISMA MANO? <input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA	EL DESMEMBRAMIENTO FUE A LO LARGO O ANTES DE LA UNIÓN METACARPO-FALANGEAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DEL DESMEMBRAMIENTO	FRACTURA EXISTENTE
PÉRDIDA DE LOS PIES? <input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA	EL DESMEMBRAMIENTO FUE ANTES O EN LA UNIÓN CON EL TOBILLO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DEL DESMEMBRAMIENTO	FRACTURA EXISTENTE

PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DEL OJO DERECHO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE LA PÉRDIDA _____	EL OJO FUE REMOVIDO ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE LA EXTIRPACIÓN _____
--	---------------------------	---	-------------------------------

PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN DEL OJO IZQUIERDO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE LA PÉRDIDA _____	EL OJO FUE REMOVIDO ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE LA EXTIRPACIÓN _____
--	---------------------------	---	-------------------------------

PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA AUDICIÓN EN AMBOS OÍDOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE LA PÉRDIDA _____
--	---------------------------

EN SU OPINIÓN ALGUNA ENFERMEDAD, INFECCIÓN FÍSICA O MENTAL ADQUIRIDA CON ANTERIORIDAD FUE LA CAUSA DE LA(S) PÉRDIDA(S) INDICADA(S) ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--

EN SU OPINIÓN LA(S) PÉRDIDA(S) FUERON RESULTADO DE ALGUNA HERIDA AUTO INFLINGIDA O INTENTO DE AUTODESTRUCCIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--

SI LA(S) PÉRDIDA(S) INDICADA(S) ANTERIORMENTE INCLUYEN PÉRDIDA DE LA VISIÓN, POR FAVOR CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:
SI LA PÉRDIDA DE VISIÓN ES PARCIAL PERO IRRECUPERABLE FAVOR ESTABLECER LA CANTIDAD DE VISIÓN EN CADA OJO CON BASE EN LA ESCALA SNELLEN, O LA ESCALA JAEGER, LA QUE SEA PERTINENTE

INCORRECTO	CORRECTO	FECHA DEL EXAMEN
O.D. _____ O.S. _____	O.D. _____ O.S. _____	_____

CREE USTED QUE LA VISIÓN PUEDE SER RECUPERADA EN TODO O EN PARTE MEDIANTE TRATAMIENTO U OPERACIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--

SI SE CONTEMPLA ALGUNA OPERACIÓN, RELACIONE LA FECHA APROXIMADA DE LA MISMA

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, RELACIONE EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL
--	---

TRATAMIENTO

FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA	FECHAS DE SIGUIENTES CONSULTAS
------------------------------	--------------------------------

FIRMA DEL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL PACIENTE	NOMBRE DEL MÉDICO (LETRA IMPRENTA)	TÍTULO	NÚMERO TELEFÓNICO ()	FECHA
--	------------------------------------	--------	-----------------------	-------

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

EL PACIENTE CONTINÚA BAJO SU ATENCIÓN POR ESTA CONDICIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SI FUE DADO DE ALTA O SIGUE BAJO SU ATENCIÓN, RELACIONE LA FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA:

