



ace insurance

ACE Insurance Company
Doral Bank Center, Suite 5A
Roosevelt Ave.1445, San Juan, PR 00920-2717
PO BOX 191249
San Juan PR 00919-1249

AVISO DE ACCIDENTE

Póliza Suplementaria de Accidentes Personales

Número Póliza: 58PR- 58PR3741 Nombre de la Institución:

ATENCIÓN PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

Nuestro seguro contra accidentes personales es Suplementario a cualquier Plan Médico Primario que posea el participante incluyendo cualquier Plan Médico del Gobierno. Usted sólo podrá facturar a ACE Insurance los deducibles o excesos de cubierta del Plan Primario. Seguir los pasos antes mencionados acelerará la evaluación de su reclamación y los pagos según los términos y condiciones de la póliza. Usted tiene 90 días a partir del día del accidente para notificar el mismo a nuestra oficina.

Nota Importante al Reclamante: Su reclamación se activará formalmente una vez usted envíe evidencia de gastos médicos. Si su plan médico denegó la cubierta para estos servicios, favor de someter evidencia.

Persona Autorizada por la Institución:

Teléfono: e-mail:

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del Participante:

Fecha de Nacimiento: Mes Día Año

Nombre del Tutor:

Dirección Postal:

Teléfono: e-mail:

Nombre del Plan Médico: Medicare (yes) (no)

Favor indicar si el estudiante NO posee plan médico Razón

SECCION 2 – INFORMACION DEL ACCIDENTE

Fecha del Accidente: Mes Día Año

Hora del Accidente: Lugar del Accidente:

Descripción del Accidente:

Firma de la persona Autorizada por la Institución y sello
(Por favor leer divulgaciones de la página 2 antes de firmar)

ATENCION PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

Nuestro seguro contra accidentes personales es **Suplementario** a cualquier Plan Médico Primario que posea el estudiante incluyendo cualquier Plan del Gobierno. Usted sólo podrá facturar a **ACE Insurance** los deducibles o excesos de cubierta del Plan Primario. Seguir los pasos antes mencionados acelerará la evaluación de su reclamación y los pagos según los términos y condiciones de la póliza.

SECCION 3 – INFORME DEL MÉDICO

Nombre del Médico: _____

Número de Licencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ e-mail _____

Fecha de atención médica:

Mes

Día

Año

Naturaleza de la lesión y diagnóstico: _____

Descripción del tratamiento efectuado: _____

¿El paciente fue Hospitalizado? Si No

Si la respuesta es afirmativa,

Fecha de Ingreso

Mes

Día

Año

Fecha de Salida

Mes

Día

Año

Firma del Médico: _____

¡IMPORTANTE: LEA ESTO ANTES DE FIRMAR!

De conformidad con el artículo 27.320 en la “Ley contra el fraude en el Sector de Seguros” Ley Núm. 18 de 8 enero de 2004, le avisamos lo siguiente: Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa 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 cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.