

**1**
**¡ESTAMOS AQUÍ PARA SERVIRTE!**

Por favor toma nota de la siguiente información sobre cómo someter una reclamación a Assurant.

- Recuerda, es tu responsabilidad continuar haciendo los pagos mensuales mientras evaluamos tu reclamación y hasta tanto no hayamos tomado una determinación.
- Si es necesario usa una hoja en blanco para listar el nombre y número de cuenta de cualquier otro seguro con Assurant.
- Para evitar retrasos con tu reclamación, revisa el formulario para asegurarte que has incluido toda la documentación. Es importante que firmes el formulario en su totalidad.
- Recomendamos que guardes copia de toda la documentación que nos sometas para revisión.

**2**
**PARA RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD INICIAL**

- Competa las Secciones 1 y 5.
- Solicita a tu institución financiera que ofrece tu préstamo que complete la Sección 2. Dicha sección puede ser sustituida por una carta de saldo que contenga la información requerida en esta sección.
- Solicita a tu médico que complete la Sección 3.
- Solicita a tu patrono que complete la Sección 4. Si eres patrono propio debes llenar el “Cuestionario para Patronos Propios” e incluir copia de tu planilla más reciente, Forma 480 o evidencia de radicación de quiebra.
- Si la condición reclamada ha sido evaluada y aprobada por la Administración del Seguro Social, incluye copia de la notificación de aprobación de beneficios.
- Si tu caso está bajo el cuidado de la “Corporación del Fondo del Seguro del Estado” (CFSE) o la “Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles” (ACAA) debes someter la siguiente información.
  - Para CFSE: CFSE Certificado médico del Fondo, Forma 1021, Copia de tarjeta de citas y Forma 395.
  - Para ACAA: Informe de evaluación médica.
- Incluye copia de identificación con foto.
- Si quieres autorizar a un tercero para que maneje la reclamación por ti, debes completar la “Divulgación Verbal de Información” incluida en la Sección 5. Esta autorización le permitirá discutir tu reclamación con un representante de Assurant si tú no estás disponible.
- Mientras estés incapacitado, debes someter mensualmente tu información actualizada utilizando el formulario de reclamaciones de Incapacidad Continua que se encuentra en nuestro portal: [reclamacionespr.assurant.com](http://reclamacionespr.assurant.com).

**3**
**ENVÍANOS LAS FORMAS COMPLETADAS Y LOS DOCUMENTOS DE APOYO SOLICITADOS**


**Correo regular:**  
 350 Ave. Carlos Chardón  
 Torre Chardón Suite 1101  
 San Juan, PR 00918



**Correo electrónico:**  
[reclamaciones@assurant.com](mailto:reclamaciones@assurant.com)



**En línea, visitando:**  
[reclamacionespr.assurant.com](http://reclamacionespr.assurant.com)

Una vez recibida tu reclamación, permítenos 15 días laborables para procesar la misma.  
 Todos los beneficios serán pagados directamente a tu acreedor financiero.

**¿NECESITAS AYUDA?**


Visita nuestro portal [reclamacionespr.assurant.com](http://reclamacionespr.assurant.com)  
 24 horas al día, 7 días de la semana o  
 llámanos libre de costo al 1-800-981-8888  
 Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



**ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA EVALUAR SU RECLAMO.** Favor de completar el formulario usando letra de molde.

NOMBRE DEL ACREEDOR		NÚMERO DE PRÉSTAMO		
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO	_____	_____
			MES	DÍA
				AÑO
DIRECCIÓN FÍSICA				
DIRECCIÓN POSTAL				
NÚMERO COMPLETO DE SEGURO SOCIAL			NÚMERO DE LICENCIA	
TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO SECUNDARIO		TELÉFONO ALTERNO
¿NOS AUTORIZAS A ENVIARTE CORREOS ELECTRÓNICOS?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
CORREO ELECTRÓNICO				
<p><b>NOSOTROS Y OTROS QUE ACTÚAN EN NUESTRO NOMBRE PODEMOS UTILIZAR LA INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS PARA OPERAR NUESTRO PRODUCTO Y NUESTRO SERVICIO. POR EJEMPLO, PODEMOS USAR LA INFORMACIÓN QUE RECOGEMOS O RECIBIMOS PARA INTENTAR CONTACTARLE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA PROVEER APOYO Y ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE LA RECLAMACIÓN, SEGÚN LO PERMITA LA LEY.</b></p>				
¿HAS SOMETIDO ALGUNA RECLAMACIÓN BAJO ESTE NÚMERO DE PRÉSTAMO ANTERIORMENTE?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
SI CONTESTASTE SÍ, INCLUYE LOS NÚMEROS DE RECLAMACIONES				

**INFORMACIÓN MÉDICA**

¿USTED TIENE PLAN MÉDICO?	PROVEEDOR	NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿HACE CUANTO TIENE USTED ESTE PLAN?	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE TELÉFONO		
_____				
MES	DÍA	AÑO		
PROVEA NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE OTROS MÉDICOS QUE LE HAYAN TRATADO POR ESTA CONDICIÓN				
¿CUÁNDO COMENZÓ TRATAMIENTO PARA ESTA CONDICIÓN? INCLUYA TODAS LAS FECHAS DONDE FUE TRATADO PARA ESTA CONDICIÓN.				

Para ser completado por la institución financiera. Favor de incluir copia del certificado de seguro si lo tiene disponible.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA

DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL

NÚMERO DE PRÉSTAMO

TÉRMINO DEL PRÉSTAMO

APR%

FECHA DE EFECTIVIDAD

FECHA DEL PRIMER PAGO

FECHA DE EXPIRACIÓN

\_\_\_\_\_  
MES

\_\_\_\_\_  
DÍA

\_\_\_\_\_  
AÑO

\_\_\_\_\_  
MES

\_\_\_\_\_  
DÍA

\_\_\_\_\_  
AÑO

\_\_\_\_\_  
MES

\_\_\_\_\_  
DÍA

\_\_\_\_\_  
AÑO

CANTIDAD ORIGINAL DEL PRÉSTAMO..... \$ \_\_\_\_\_

BALANCE NETO A LA FECHA DE LA PÉRDIDA..... \$ \_\_\_\_\_

INTERESES NO DEVENGADOS A LA FECHA DE LA PÉRDIDA..... \$ \_\_\_\_\_

PAGO MENSUAL..... \$ \_\_\_\_\_

PAGOS REALIZADOS POR ADELANTADO..... \$ \_\_\_\_\_

CANTIDAD RECLAMADA A LA COMPAÑÍA..... \$ \_\_\_\_\_

PAGOS EN ATRASO..... \$ \_\_\_\_\_

**“Certifico que la información provista es correcta y fidedigna.”**

NOMBRE

TELÉFONO DE CONTACTO

FIRMA

\_\_\_\_\_  
MES

\_\_\_\_\_  
DÍA

\_\_\_\_\_  
AÑO

**De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:**

Declaro que he provisto información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de incapacidad que el asegurado se apresta a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de su reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.

A ser completada por un médico licenciado para ser remitido a la compañía, sin costo alguno. Si prefiere puede someter un certificado médico que contenga la misma información que solicita el formulario. El certificado debe ser en papel timbrado o de recetario, debe estar fechado y firmado, y debe incluir el número de licencia médica.

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE				GÉNERO	ESTATURA	PESO	EDAD
DIRECCIÓN DEL PACIENTE				TELÉFONO DEL PACIENTE			
¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE SURGIERON LOS SÍNTOMAS O CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE?	_____	_____	_____	DE SER UN ACCIDENTE, FAVOR DE DESCRIBIR LAS CIRCUNSTANCIAS			
	MES	DÍA	AÑO				
CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO			FECHA DE DIAGNÓSTICO	_____	_____	_____	
ICD-11:	DSM V:			MES	DÍA	AÑO	
DIAGNÓSTICO							
¿HA SUFRIDO EL PACIENTE LA MISMA CONDICIÓN, O UNA SIMILAR ANTERIORMENTE?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
SI CONTESTÓ SÍ DESCRIBA CUALQUIER OTRO SÍNTOMA, ENFERMEDAD O CONDICIÓN SECUNDARIA QUE AFECTE LA CONDICIÓN ACTUAL (SI ES NECESARIO, USE UNA HOJA ADICIONAL)							
FAVOR DE PROVEER FECHAS DE TRATAMIENTO PARA LA CONDICIÓN SIMILAR							
		_____	_____	_____	_____	_____	_____
		MES	/	DÍA	/	AÑO	,    MES / DÍA / AÑO ,    MES / DÍA / AÑO
¿SE DEBE ESTA CONDICIÓN A EMBARAZO?		FECHA ESTIMADA DE PARTO		_____	_____	_____	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				MES	DÍA	AÑO	
SI CONTESTO SÍ, FAVOR DE DESCRIBIR COMPLICACIONES							

FECHAS DE TRATAMIENTO PARA INCAPACIDAD ACTUAL						
ÚLTIMA VISITA	_____	_____	_____	PRÓXIMA VISITA	_____	_____
	MES	DÍA	AÑO		MES	DÍA
FRECUENCIA DE LAS VISITAS	<input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> OTRO, ESPECIFIQUE:					
PROVEER TODAS LAS FECHAS DE TRATAMIENTO DESDE EL COMIENZO DE LA CONDICIÓN						
TIPO DE TRATAMIENTO						
PROVEA NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE OTROS MÉDICOS TRATANDO AL PACIENTE POR ESTA CONDICIÓN						
FECHA EXACTA DE INCAPACIDAD TOTAL (NO PUEDE TRABAJAR)						
DESDE	_____	_____	_____	HASTA	_____	_____
	MES	DÍA	AÑO		MES	DÍA
FECHA EXACTA DE INCAPACIDAD PARCIAL (TRABAJA BAJO TRATAMIENTO)						
DESDE	_____	_____	_____	HASTA	_____	_____
	MES	DÍA	AÑO		MES	DÍA
¿CUÁNDO ESPERA QUE EL PACIENTE SE HAYA RECUPERADO LO SUFICIENTE COMO PARA VOLVER A TRABAJAR?	_____	_____	_____	EN SU OPINIÓN, ¿ESTÁ EL PACIENTE INCAPACITADO TOTAL Y PERMANETEMENTE?		
	MES	DÍA	AÑO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
PROGNOSIS / COMENTARIOS (FAVOR DE PROVEER DETALLES ADICIONALES QUE, A SU ENTENDER, PUEDAN SER RELEVANTES)						

INFORMACIÓN DEL MÉDICO LICENCIADO		
NOMBRE	ESPECIALIDAD	NÚMERO DE LICENCIA
DIRECCIÓN DEL MÉDICO LICENCIADO		
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	CORREO ELÉCTRÓNICO
<p>“Por la presente certifico que la información indicada aquí se basa en una probabilidad médica razonable, y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber.”</p>		
FIRMA DEL MÉDICO:		_____ MES            DÍA            AÑO
<p><b>De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:</b></p> <p>Declaro que he provisto información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de incapacidad que el asegurado se apresta a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de su reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.</p> <p><input type="checkbox"/> Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.</p>		

A SER COMPLETADA POR EL PATRONO SIN COSTO ALGUNO A LA COMPAÑÍA.

Yo soy el patrono del asegurado nombrado y, con el fin de proveer información a la compañía que promueva el pago de la reclamación de dicho asegurado, certifico lo siguiente:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

 FECHA DE  
COMIENZO EN  
EL EMPLEO

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

 ULTIMO DÍA  
TRABAJADO

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

 RAZÓN POR LA INTERRUPCIÓN DE EMPLEO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TIPO DE EMPLEO

 TIEMPO COMPLETO  TIEMPO PARCIAL  TEMPORADA  TEMPORERO

 CANTIDAD DE HORAS  
TRABAJADAS SEMANALMENTE  
\_\_\_\_\_

 OCUPACIÓN DEL EMPLEADO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 BREVE DESCRIPCIÓN DE DEBERES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 FECHA EN QUE  
REGRESÓ A  
TRABAJAR

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

 ¿HA REANUDADO EL EMPLEADO  
TODAS SUS RESPONSABILIDADES?

 SÍ  NO

 SI CONTESTÓ SÍ, ¿CUÁNTAS HORAS  
ESTÁ TRABAJANDO POR SEMANA?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SI CONTESTÓ NO, ¿QUÉ TAREAS PUEDE LLEVAR A CABO?

 COMENTARIOS ADICIONALES  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA**

 NOMBRE DE LA COMPAÑÍA  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 TELÉFONO DE CONTACTO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 NÚMERO DE FAX  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 COMPLETADO POR: NOMBRE  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 TÍTULO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 CORREO ELECTRÓNICO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 FIRMA  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

**De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:**

Declaro que he provisto información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de incapacidad que el asegurado se apresta a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de su reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.

Favor de confirmar que la información aquí provista es correcta y fidedigna.

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO NOMBRADO

NÚMERO DE PRÉSTAMO

RAZÓN DEL DESEMPLEO

 ÚLTIMA  
FECHA  
TRABAJADA

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

¿CONTINUÁS SIN TRABAJAR?

 SÍ  NO

 SI NO, FECHA  
DE REGRESO  
AL TRABAJO

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

**INFORMACIÓN DEL NEGOCIO**

NOMBRE DEL NEGOCIO

 FECHA DE  
COMIENZO DEL  
NEGOCIO

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

DIRECCIÓN DEL NEGOCIO

TELÉFONO DE TRABAJO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO

Por favor certifica que toda la información aquí provista es correcta y fidedigna. Esta sección es requerida para todo tipo de reclamaciones.

**AUTORIZO** a cualquier patrono, médico, hospital, clínica o cualquier otra institución médica o relacionada con servicios médicos, al “Medical Information Bureau, Inc.”, compañía aseguradora o reaseguradora, asegurador, agencia encargada del cumplimiento de las leyes, cuerpo de bomberos o cualquier otra organización o persona que tenga expedientes, datos o información referente a esta reclamación que provea, de ser solicitado dicho expediente, datos o información a Caribbean American Life Assurance Company/Caribbean American Property Insurance Company (las aseguradoras) o a su representante o representantes autorizados. Entiendo que, al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea confidencial, por cuanto la misma es pertinente para el trámite o investigación de mi reclamación. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original. Entiendo y certifico que esta autorización es válida para todos los expedientes o cualquier parte de éstos que sean requeridos, que pudieran incluir tratamientos para padecimientos físicos o mentales, uso de alcohol/substancias controladas, y/o resultados de pruebas o diagnóstico y tratamiento del virus de inmunodeficiencia adquirida/SIDA. Expresamente consiento a la divulgación de información como se señala anteriormente. Esta autorización estará vigente durante 6 meses a partir de la fecha en que se firme.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN VERBAL**

Es importante para nosotros salvaguardar la privacidad de nuestros clientes y proteger información privada y confidencial. Igualmente entendemos que, en ocasión, un reclamante pudiera querer autorizar a terceros para hablar con Assurant en representación suya. Por favor, completa esta sección de autorización para que otros puedan discutir detalles de tu reclamación. Sin esta autorización no podemos hablar con nadie excepto el reclamante.

Autorizo a Assurant a hablar con \_\_\_\_\_, quien es mi \_\_\_\_\_, sobre mi reclamación.

**RESPONSABILIDAD POR INFORMACIÓN FRAUDULENTA**

**TODA PERSONA** que suministre información verbalmente o por escrito u ofrezca cualquier testimonio sobre actos impropios o ilegales que por su naturaleza constituyan actos de fraude en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000) ni mayor de diez mil dólares (10,000), 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.

“Por la presente certifico que la información indicada anteriormente se basa en una probabilidad médica razonable, y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber.”

**FIRMA DEL ASEGURADO**
**FIRMA**

 \_\_\_\_\_  
 MES

 \_\_\_\_\_  
 DÍA

 \_\_\_\_\_  
 AÑO

**De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:**

Declaro que he recibido información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación a la cubierta de incapacidad que me apresto a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de mi reclamación. Además, certifico que he leído y completado el formulario en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.