



**OFICINA DE REGULACIÓN DE SEGUROS**  
**Registro de Propiedad y Formularios y Tasas de Siniestros**

**Formulario de Divulgación y Reconocimiento Estándar -  
 Protección de Lesiones Personales - Tratamiento o Servicio Inicial ofrecido**

La persona asegurada abajo firmante (o tutor de esa persona) afirma:

1. Los servicios o el tratamiento que se exponen a continuación se prestaron realmente. Esto significa que esos servicios ya se han proporcionado.
2. Tengo el derecho y el deber de confirmar que los servicios ya se han prestado.
3. Ninguna persona me pidió que buscara ningún servicio del proveedor médico de los servicios descritos anteriormente.
4. El proveedor médico me ha explicado los servicios por los que se reclama el pago.
5. Si notifico al asegurador por escrito de un error de facturación, puedo tener derecho a una parte de cualquier reducción en las cantidades pagadas por mi asegurador de vehículos motor. Si tengo derecho, mi parte sería por lo menos el 20% del importe de la reducción, hasta \$500.

Persona asegurada (paciente que recibe tratamiento o servicios) o tutor del Asegurado:

\_\_\_\_\_  
 Nombre (*IMPRESO o ESCRITO*)

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

El profesional médico abajo firmante autorizado o director médico, si corresponde, afirma la declaración enumerada 1 anteriormente y también;

A. No he pedido ni he solicitado a la persona asegurada, involucrada en un accidente de vehículo motor, que se comunique para hacer un reclamo por beneficios de Protección de Lesiones Personales.

B. El tratamiento o los servicios prestados se explicaron a la persona asegurada, o a su tutor, lo suficiente como para que esa persona firme este formulario con un consentimiento informado.

C. La declaración o factura adjunta se completa correctamente en todas las disposiciones materiales y toda la información relevante ha sido proporcionada. Esto significa que cada solicitud de información ha sido respondida de manera veraz, precisa y sustancialmente completa.

D. La codificación de los procedimientos en la declaración o factura adjunta es correcta. Esto significa que ningún servicio tiene su código aumentado o elevado, desagregado ni constituye una prueba de diagnóstico no válida o no médicamente necesaria según lo definido por el artículo 627.732(14) y (15), legislación de Florida o el artículo 627.736(5)(b)6, legislación de Florida.

Tratamiento de la prestación de profesionales médicos autorizados o Servicios o Director médico, si corresponde (*firma de puño y letra*):

\_\_\_\_\_  
 Nombre (*IMPRESO o ESCRITO*)

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Una persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar, o engañar a un asegurador presenta una declaración de reclamo o una solicitud que incluye una información falsa, incompleta, o engañosa es culpable de un delito mayor de tercer grado según el artículo 817,234(1)(b), de los Estatutos de la Florida.

Nota: El **original** de este formulario debe ser entregado al asegurador de acuerdo con el artículo 627,736(4)(b) de los Estatutos de la Florida y puede