

Asegurado _____
Apellidos _____ Nombres _____

Cédula _____ - _____ Empresa _____

RNC _____ Certificado No. _____ Póliza No. _____

Paciente

Apellidos _____ Nombres _____

Cédula _____ Fecha de Nacimiento: _____
Día Mes Año

Teléfono: Res. _____ Celular _____

Datos de la Reclamación

Causa del Tratamiento

Enfermedad Accidente Si es enfermedad, indique:
 Diagnóstico _____

Lesiones sufridas _____

¿Estuvo el paciente hospitalizado? Si No Si es afirmativo, indique:
 Nombre del Hospital _____

Fecha en que apareció el primer síntoma Día Mes Año _____

Fecha primera consulta realizada por esta razón Día Mes Año _____

Si es accidente, indique: Fecha en que ocurrió Día Mes Año _____

Lugar donde ocurrió _____

Tipo de Accidente _____

Causa _____

Fecha de internamiento: Inicio Día Mes Año Fin Día Mes Año

¿Se ha realizado cirugía? Si No Si es afirmativo, indique:
 Nombre del Hospital _____

País y/ o Ciudad _____

Fecha Día Mes Año _____

Detalle a continuación las facturas y/o comprobantes de pago suministrados por los proveedores y anexe a esta reclamación los originales de las mismas.

Nombre del Proveedor	Descripción del Servicio	Fecha del Servicio		Costo
		Desde	Hasta	
Total Reclamado				

- Los requisitos para procesar su reclamación son los siguientes:**
1. Remitir al Departamento de Salud Internacional, formulario de reclamación por cada asegurado, debidamente completado y firmado.
 2. Anexas todas las facturas y comprobante de pago que avalen la reclamación y verificar que cumplen con los siguientes requerimientos:
 - Poseer impreso en la cabecilla, el nombre y el RNC de la institución o persona que prestó el servicio.
 - El nombre del paciente que recibió el servicio.
 - La fecha exacta en que se prestó el servicio
 - Los costos por cada servicio.
 - Descripción de los servicios prestados
 - Acta policial (en caso de accidente automovilístico)

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA ES CORRECTA Y QUE LOS GASTOS ANTES DESCRITOS FUERON CONTRAIDOS POR EL PACIENTE ARRIBA MENCIONADO. Solicito los beneficios correspondientes a los gastos incurridos y autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital u otros proveedores que posean la información concerniente al paciente a suministrar dicha información a SEGUROS UNIVERSAL, C. POR A. , o a los reaseguradores, señores HOSPITALIZATION AND MEDICAL SERVICES, INC., en caso de que esta sea solicitada.

_____ ASEGURADO _____ GERENTE DEPTO _____ FECHA Día Mes Año _____