

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 de internamiento:

 Fecha primera consulta realizada por esta razón _____
Día
Mes
Año

 Inicio _____ Fin _____
Día
Mes
Año
Día
Mes
Año

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

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

Lugar donde ocurrió _____

Nombre del Hospital _____

Tipo de Accidente _____

País y/ o Ciudad _____

 Causa _____ 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:

- Remitir al Departamento de Salud Internacional, formulario de reclamación por cada asegurado, debidamente completado y firmado.
- Anexar 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