SEGUROS UNIVERSAL

Reclamación Salud Internacional

Asegurado _____ Apellidos _____ Nombres

Cédula ____-____-____ Empresa _____

RNC _____ Certificado No. _____ Póliza No. _____

Paciente

Apellidos _____ Nombres _____

Cédula ____-____-____ **O** Fecha de Nacimiento: ____ Día ____ Mes ____ Año

Teléfono: Res. _____ Celular _____

Datos de la Reclamación

Causa del Tratamiento

☐ Enfermedad ☐ Accidente Si es enfermedad, indique:

Diagnóstico _____

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 _____

Lesiones sufridas _____

¿Estuvo el paciente hospitalizado? ☐ Si ☐ No Si es afirmativo, indique:

Nombre del Hospital _____

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. 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