

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   


 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	
<b>Total Reclamado</b>				

**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