

Datos del asegurado

Nombres y apellido: _____
 Cédula: _____ Empresa: _____
 RNC: _____ Certificado No.: _____ Póliza No.: _____

Datos del paciente

Nombre y apellido: _____
 Cédula: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F
 Teléfono residencial: _____ Celular: _____

Datos de la reclamación
Causa del tratamiento

Enfermedad Accidente Si es enfermedad, indique el diagnóstico: _____
 Fecha del primer síntoma: _____ Fecha de la primer consulta realizada por esta razón: _____
 Si es accidente, indique: Fecha en que ocurrió: _____ Lugar donde ocurrió: _____
 Tipo de accidente: _____ Causa: _____
 Lesiones sufridas: _____
 ¿Estuvo el paciente hospitalizado? Si No En caso afirmativo, indique: Nombre del hospital _____
 Fecha de internamiento: Desde _____ Hasta _____ ¿Se ha realizado cirugía? Si No
 En caso afirmativo, indique: Nombre del hospital _____ Fecha: _____
 País: _____ Ciudad: _____

Detalle de facturas y/o comprobante de pago

A continuación las facturas y/o comprobantes de pago suministrados por los proveedores y anexe a esta reclamación la original de las mismas.

Nombre del proveedor	Descripción del servicio	Fecha del servicio		Costo
		Desde	Hasta	
Total reclamado				

Requisitos para procesar la reclamación

- Remitir al Dpto. Operaciones Médicas, formulario de reclamación para cada asegurado, debidamente completado y firmado.
- Tener impreso el nombre de la institución o la persona que prestó el servicio.
- Nombre del asegurado que recibió el servicio.
- Fecha exacta en la que se prestó el servicio.
- Descripción clara de los servicios prestados.
- Códigos de servicios, diagnóstico, procedimiento y tax ID.
- Comprobante de pago (vouchers, copias de cheques o recibos de pagos).
- Anexar todas las facturas y comprobantes de pago que valen la reclamación y verificación que cumplan con los siguientes requisitos:
- 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 presentó 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. Solicité los beneficios correspondientes a los gastos incurridos y autorizo cualquier médico, enfermera, hospital u otros proveedores que posean la información concerniente al paciente a suministrar dicha información a Seguros Universal o a los reaseguradores, señores

 Asegurado Gerente Departamento Fecha: _____