



## FORMULARIO DE RECLAMOS

Envíe por correo el Formulario de Reclamos, las facturas originales y documentación relacionada a:

Sagicor Allnation Insurance Company  
c/o Sagicor International Management Svcs.  
4010 W. Boy Scout Blvd., Suite 800  
Tampa, Florida 33607-5735 USA

Sin Cargos: (800) 342-0719  
Teléfono: (813) 286-2222  
Fax: (813) 287-7420

Productos Provistos por:  
Sagicor Allnation Insurance Company  
<http://www.allnation.com>

**LAS SECCIONES A, B, C, D, DE ESTE FORMULARIO DEBEN SER COMPLETADAS POR EL ASEGURADO**  
Por favor, provea toda la información requerida y remita todos los recibos originales de su proveedor médico.

### A. INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL

1. Nombre (Apellido Paterno, Apellido Materno, Primer Nombre, Inicial 2do. Nombre)		2. Alias
3. Dirección		
4. Número de Teléfono (trabajo)	5. Número de Teléfono (Casa)	6. Número de Fax
7. Número de Póliza	8. Dirección de Correo Electrónico	

### B. INFORMACION DEL PACIENTE

9. Nombre del Paciente (Apellido, Nombre)		10. Alias
11. Fecha de Nacimiento	12. Relación del paciente respecto al asegurado	
13. Describa la condición medica (diagnóstico) o síntomas que necesitan tratamiento ( <i>En caso de maternidad, complete el Cuestionario de Maternidad</i> )	14. Fecha del primer diagnóstico (los primeros síntomas) o accidente causante de la condición (Mes/Día/Año)	
15. Esta usted o algún miembro de su familia cubiertos bajo cualquier otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	16. Si usted contestó que sí a la pregunta #15, indique el nombre, dirección de la compañía de seguros y su número de póliza	

### C. ASIGNACION DE PAGO

17. Desea usted que el pago sea enviado directamente al proveedor médico indicado en la factura adjunta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
18. Firma del Asegurado	19. Fecha de la Firma

### D. AUTORIZACION PARA PROVEER INFORMACION

Yo certifico que toda la información presentada por mi en éste formulario, incluyendo los estados de cuenta arriba mencionados, están correctos dentro de mi mejor conocimiento y que éste reclamo es por gastos incurridos por el paciente mencionado arriba. Por este medio autorizo a cualquier organización medica a proveerse la una a la otra, toda la información requerida con relación a este reclamo. Una fotocopia de ésta autorización será considerada tan válida como la original.

20. Firma del Asegurado	21. Fecha de la Firma
-------------------------	-----------------------

**INFORMACION SOBRE EL REEMBOLSO DE RECLAMOS** – Los gastos médicos presentados en este reclamo son reembolsados en Dólares Americanos

### E. ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE

Cualquier persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a un asegurador presenta un reclamo que contenga información falsa, incompleta o errónea, será culpable de un delito grave.

