



## FORMULARIO DE RECLAMOS DE GASTOS DENTALES

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

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

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

### IMPORTANTE: LEA LAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE

Complete las secciones relevantes de este Formulario de Reclamación. Complete un formulario separado por cada reclamante, sin embargo si se ha de someter más de una reclamación dental, las mismas pueden ser sometidas en un solo formulario. Adjunte los documentos originales (facturas y recibos). **NO se aceptarán fotocopias.**

**LAS PARTES A, B, C, D DEBEN SER COMPLETADAS POR EL ASEGURADO - Utilice Letra Imprenta**

### A. INFORMACION GENERAL

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Nombre (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Inicial)   |  | Fecha de nacimiento:<br>(Mes/Día/Año)                     | Número de Identificación de<br>GlobalSURE: |
| Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre, Inicial):                               |  | Fecha de nacimiento:<br>(Mes/Día/Año)                     | Relación con el Asegurado:                 |
| País de Residencia:  |  | País en el cuál recibió el Servicio:                      |  |
| Dirección Postal (País de Residencia):   |  | Dirección Postal (País en el cuál recibió el Servicio):   |  |
| Número de Teléfono (País de Residencia):   |  | Número de Teléfono (País en el cuál recibió el Servicio): |  |
| Está cubierto bajo cualquier otro Seguro Dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |   |  |

### B. ASIGNACION DE PAGO

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1. Desea usted que el pago sea enviado directamente al proveedor médico indicado en la factura adjunta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                                     |
| 2. Firma del Asegurado  | 3. Fecha de la Firma (Mes/Día/Año): |

### C. 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

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| 4. Firma del Asegurado: | 5. Fecha (Mes/Día/Año): |
|-------------------------|-------------------------|

**INFORMACION SOBRE EL REEMBOLSO DE RECLAMOS** – Los gastos médicos presentados en este reclamo son reembolsados en Dólares Americanos (USD\$)

### D. 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.

