



Chubb Insurance of Puerto Rico
33 Resolución STE 500
San Juan, PR 00920-2707

P.O. Box 191249
San Juan, PR 00919-1249

T +1-787-274-4700
F +1-787-758-6989

Formulario Requisitos para Reembolso de Gastos Médicos

Estimado Asegurado:

Comprometidos en brindarle el servicio de excelencia que merece, es necesario que nos haga llegar toda la documentación que se detalla a continuación: **(Nos reservamos el derecho de solicitar documentos adicionales de ser necesario)**

- Informe médico y tratamiento:** Debe incluir la fecha de inicio de la condición, evolución y diagnóstico definitivo debidamente firmados por su médico.
- Copia de evidencia y/o prueba de todos los gastos medicos incurridos.**
- Copia del record de la primera asistencia médica recibida y/o visita al hospital.**
- Copia de los resultados de estudios realizados:** (Ej. laboratorios, radiografías, etc.)
- Copia de identificación vigente con foto del asegurado, emitida por una entidad gubernamental con autoridad para emitirla (frente y reverso):** De ser ciudadano de los Estados Unidos de América, se aceptarán identificaciones emitidas tanto el gobierno federal, como por cualquiera de sus jurisdicciones . De no ser ciudadano de los Estados Unidos de América, solo se aceptará un pasaporte nacional vigente.
- Aviso de accidente o enfermedad:** (Completar el documento adjunto en letra de molde).

Puede iniciar su proceso de reclamación, enviando su información por correo regular a la siguiente dirección:

Chubb Insurance Company of Puerto Rico, PO Box 191249, San Juan, PR 00919-1249. También puede enviar su reclamación por fax al 787-758-6989, o vía correo electrónico a: puertorico-firstnoticeofloss@chubb.com.

La información solicitada es requerida para iniciar el trámite de su reclamación. **No se aceptarán reclamaciones que no reúnan toda la documentación antes solicitada.**

Aviso

Artículo 27.320-Código de Seguros de Puerto Rico

“Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o perdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$ 5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$ 10,000) o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.”

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta.

Firma del reclamante
(o su representante legal)

Fecha
(mm/dd/aaaa)

Aviso Accidente o Enfermedad

Para reclamar por la cubierta de gastos médicos relacionados a mi condición de _____
con fecha de diagnóstico del _____ del mes de _____ de _____.

Nombre

Dirección postal

Dirección residencial

Fecha de nacimiento (m/d/a/)

Núm de póliza

Teléfono

Correo electrónico

Descripción detallada de lo
ocurrido

Autorización

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico o cualquier otra persona que me haya atendido o examinado, a cualquier otra entidad u organización en general, a otorgar a Chubb InsuranceCompany o a sus representantes, cualquier información con respecto a cualquier enfermedad o lesión sufridos por mí; historial médico, consultas y/o tratamientos y a entregar información o copias de todos los expedientes o "records" que obren en sus archivos. Copia fotostática del original de esta autorización debe ser considerada tan válida y efectiva como su original. Nota: Favor de incluir copia de la licencia ó identificación con foto para solicitar lo antes mencionado.

En _____ hoy día _____, de _____ 20_____.

Si la persona es menor, indique parentesco de la persona que firma la presente autorización.

Firma

Parentesco

Aviso

Artículo 27.320-Código de Seguros de Puerto Rico

"Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o perdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$ 5,000), ni mayor de diez mil dólares (\$ 10,000) o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta.

Firma del reclamante
(o su representante legal)

Fecha
(mm/dd/aaaa)