

1

¡ESTAMOS AQUÍ PARA SERVIRTE!

Por favor toma nota de la siguiente información sobre cómo someter una reclamación a Assurant.

- Recuerda es tu responsabilidad continuar haciendo los pagos mensuales mientras evaluamos tu reclamación y hasta tanto no hayamos tomado una determinación.
- Si es necesario usa una hoja en blanco para listar el nombre y número de cuenta de cualquier otra cuenta protegida por Assurant.
- Para evitar retrasos con tu reclamación, revisa el formulario para asegurarte que has incluido toda la documentación. Es importante que firmes el formulario.
- Recomendamos que guardes copia de toda la documentación que nos sometas para revisión.

2

PARA RECLAMACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

- Completar y firmar las Secciones 1 y 3.
- Incluir copia del estado de cuenta de tu tarjeta de crédito con fecha de cierre justo después del comienzo de la hospitalización y copia de identificación con foto.
- Incluye copia de la documentación de admisión y de alta.
- Solicita a tu médico que complete la Sección 2.
- Si quieres autorizar a un tercero para que maneje la reclamación por ti, debes completar la “Divulgación Verbal de Información” incluida en la Sección 3. Esta autorización le permitirá discutir tu reclamación con un representante de Assurant si tú no estás disponible.

3

ENVÍANOS LAS FORMAS COMPLETADAS Y LOS DOCUMENTOS DE APOYO SOLICITADOS



Correo regular:
 350 Ave. Carlos Chardón
 Torre Chardón Suite 1101
 San Juan, PR 00918



Correo electrónico:
reclamaciones@assurant.com



En línea, visitando:
reclamacionespr.assurant.com

Una vez recibida tu reclamación, permítenos 15 días laborables para procesar la misma.
 Todos los beneficios serán pagados directamente a tu acreedor financiero.

¿NECESITAS AYUDA?



Visita nuestro portal reclamacionespr.assurant.com
 24 horas al día, 7 días de la semana o
 llámanos libre de costo al 1-800-981-8888
 Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA EVALUAR SU RECLAMO. Favor de completar el formulario usando letra de molde.

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| NOMBRE DEL ACREEDOR | | NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO | | |
| NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO | | FECHA DE NACIMIENTO | _____ MES | _____ DÍA |
| | | | _____ AÑO | EDAD |
| DIRECCIÓN FÍSICA | | | | |
| DIRECCIÓN POSTAL | | | | |
| NÚMERO COMPLETO DE SEGURO SOCIAL | | NÚMERO DE LICENCIA | | |
| TELÉFONO CELULAR | TELÉFONO SECUNDARIO | | TELÉFONO ALTERNO | |
| | | | | |
| ¿NOS AUTORIZA A ENVIARLE CORREOS ELECTRÓNICOS? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| <p>NOSOTROS Y OTROS QUE ACTÚAN EN NUESTRO NOMBRE PODEMOS UTILIZAR LA INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS PARA OPERAR NUESTRO PRODUCTO Y NUESTRO SERVICIO. POR EJEMPLO, PODEMOS USAR LA INFORMACIÓN QUE RECOGEMOS O RECIBIMOS PARA INTENTAR CONTACTARLE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA PROVEER APOYO Y ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE LA RECLAMACIÓN, SEGÚN LO PERMITA LA LEY.</p> | | | | |
| ¿HAS SOMETIDO ALGUNA RECLAMACIÓN BAJO ESTE PRODUCTO ANTERIORMENTE? | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |
| SI CONTESTASTE SÍ, INCLUYE LOS NÚMEROS DE RECLAMACIONES | | | | |
| | | | | |

A ser completada por un médico licenciado para ser remitido a la compañía, sin costo alguno. Si prefiere puede someter un certificado médico que contenga la misma información que solicita el formulario. El certificado debe ser en papel timbrado o de recetario, debe estar fechado y firmado, y debe incluir el número de licencia médica.

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|------------------------------------------------------------|-----|-----|
| NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE | | | | GÉNERO | ALTURA | PESO | EDAD | | |
| DIRECCIÓN DEL PACIENTE | | | | | | TELÉFONO DEL PACIENTE | | | |
| CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO | | | FECHA DEL DIAGNÓSTICO | | | | | | |
| ICD-10: | DSM V: | | | MES | DÍA | AÑO | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | | | | | |
| ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO EL PACIENTE? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | DESDE | MES | DÍA | AÑO | HASTA | MES | DÍA | AÑO |
| NOMBRE DEL HOSPITAL | | | | INDIQUE LA CANTIDAD DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN | | | | | |
| ¿HA SIDO HOSPITALIZADO EL PACIENTE ANTERIORMENTE POR ESTA CONDICIÓN? | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | ¿SE ENCUENTRA EL PACIENTE AÚN BAJO SU CUIDADO DEBIDO A ESTA CONDICIÓN? | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |
| PROGNOSIS / COMENTARIOS (FAVOR DE PROVEER DETALLES ADICIONALES QUE, A SU ENTENDER, PUEDAN SER RELEVANTES) | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL MÉDICO LICENCIADO | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | ESPECIALIDAD | NÚMERO DE LICENCIA MÉDICA | | | | | |
| DIRECCIÓN DEL MÉDICO LICENCIADO | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO | | NÚMERO DE FAX | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | |
| "Por la presente, certifico que la información indicada aquí se basa en una probabilidad médica razonable y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber." | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL MÉDICO LICENCIADO | | | | MES | | | | DÍA | AÑO |
| <p>De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:</p> <p>Declaro que he provisto información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de hospitalización que el asegurado se apresta a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de su reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información así certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.</p> <p><input type="checkbox"/> Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.</p> | | | | | | | | | |

Por favor certifica que toda la información aquí provista es correcta y fidedigna. Esta sección es requerida para todo tipo de reclamaciones.

AUTORIZO a cualquier patrono, médico, hospital, clínica o cualquier otra institución médica o relacionada con servicios médicos, al “Medical Information Bureau, Inc.”, compañía aseguradora o reaseguradora, asegurador, agencia encargada del cumplimiento de las leyes, cuerpo de bomberos o cualquier otra organización o persona que tenga expedientes, datos o información referente a esta reclamación que provea, de ser solicitado dicho expediente, datos o información a Caribbean American Life Assurance Company/Caribbean American Property Insurance Company (las aseguradoras) o a su representante o representantes autorizados. Entiendo que, al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea confidencial, por cuanto la misma es pertinente para el trámite o investigación de mi reclamación. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original. Entiendo y certifico que esta autorización es válida para todos los expedientes o cualquier parte de éstos que sean requeridos, que pudieran incluir tratamientos para padecimientos físicos o mentales, uso de alcohol/substancias controladas, y/o resultados de pruebas o diagnóstico y tratamiento del virus de inmunodeficiencia adquirida/SIDA. Expresamente consiento a la divulgación de información como se señala anteriormente. Esta autorización estará vigente durante 6 meses a partir de la fecha en que se firme.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN VERBAL

Es importante para nosotros salvaguardar la privacidad de nuestros clientes y proteger información privada y confidencial. Igualmente entendemos que, en ocasión, un reclamante pudiera querer autorizar a terceros para hablar con Assurant en representación suya. Por favor, completa esta sección de autorización para que otros puedan discutir detalles de tu reclamación. Sin esta autorización no podemos hablar con nadie excepto el reclamante.

Autorizo a Assurant a hablar con _____, quien es mi _____, sobre mi reclamación.

RESPONSABILIDAD POR INFORMACIÓN FRAUDULENTA

TODA PERSONA que suministre información verbalmente o por escrito u ofrezca cualquier testimonio sobre actos impropios o ilegales que por su naturaleza constituyan actos de fraude en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, 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.

FIRMA DEL ASEGURADO
FIRMA

MES DÍA AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he recibido información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de hospitalización que me apresto a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de mi reclamación. Además, certifico que he leído y completado el formulario en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.