

**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 otro seguro con 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 A LA CUBIERTA DE HOSPITALIZACIÓN**

- Completar las Secciones 1 y 3.
- Solicita a tu médico que complete la Sección 2 o incluya copia de la documentación de admisión y alta.
- 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](http://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 TU RECLAMO.** Favor de completar el formulario usando letra de molde.

NOMBRE DEL ACREEDOR		NÚMERO DE PRÉSTAMO		
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 AUTORIZAS A ENVIARTE CORREOS ELECTRÓNICOS?			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CORREO ELECTRÓNICO				
<p><b>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 CONTACTARTE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA PROVEER APOYO Y ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE LA RECLAMACIÓN, SEGÚN LO PERMITA LA LEY.</b></p>				
¿HAS SOMETIDO ALGUNA RECLAMACIÓN BAJO ESTE NÚMERO DE PRÉSTAMO 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-11:	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)					
<b>INFORMACIÓN DEL MÉDICO LICENCIADO</b>					
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><b>De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:</b></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>					

## SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN

Por favor certifica que toda la información aquí provista es correcta y fidedigna.

**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.

“Por la presente certifico que la información indicada anteriormente se basa en una probabilidad médica razonable, y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber.”

## 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 a la cubierta 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.