

Formulario de Reclamación

PARA SER COMPLETADO POR EL TITULAR

I-INFORMACIÓN GENERAL				
Número de Certificado		Número de Pasaporte		Fecha de Efectividad (MM/DD/AAAA) / /
Fecha de Terminación (MM/DD/AAAA) / /		Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
Cliente (Titular) Nombre Completo:	Nombre(s) Apellido(s)			
Dependiente Elegible Nombre Completo:	Nombre(s) Apellido(s)		Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) / /		Dirección de la persona que presenta la reclamación:		
Calle		Ciudad	Estado	Pais
Código Postal		Correo Electrónico:	Teléfono Residencial:	Teléfono Celular:

II-DETALLES DE LA RECLAMACIÓN	
Tipo de Reclamación: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Equipaje <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de Ocurrencia (MM/DD/AAAA) / /
Otro (Explique): _____ _____	Lugar de Ocurrencia
Ofrezca Detalles	Monto Reclamado
EN CASO DE RECLAMACIÓN POR ASISTENCIA MÉDICA:	
¿Ha sufrido anteriormente síntomas iguales o similares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido anteriormente tratamiento para esta condición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó afirmativo, ¿dónde y desde cuándo?	
Nombre del médico que le trató:	
Dirección del médico que le trató:	
Información de contacto del médico que le trató:	

III- AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA		
<p>Con mi firma a continuación, autorizo a cualquier médico con licencia, practicante médico, hospital, clínica u otro establecimiento médico o médicamente relacionado, compañía de seguros, agencia gubernamental, MIB, Inc. ("MIB") u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en la solicitud para proporcionar a Redbridge Assist, afiliados y reaseguradores dicha información, incluyendo copias de los registros relacionados a una opinión, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relacionada con enfermedades mentales, uso de drogas y/o alcohol.</p> <p>Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.</p>		
_____	_____	_____
Firma del Cliente (Titular)	Firma del Dependiente Elegible (18 años o mayor)	Fecha (MM/DD/AAAA) / /