



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)