



Declaración y Autorización de Reclamo

(Favor ver al reverso de esta página para instrucciones de como realizar un reclamo)

MULTINATIONAL UNDERWRITERS, INC.

P.O. Box 863

Indianapolis, Indiana 46206

PARTE A: Completar para todo tipo de reclamo *Todos los cheques y la correspondencia serán enviados a la dirección de abajo			
Nombre del asegurado:		Nombre del paciente :	
Sexo:	Fecha de nacimiento:	Sexo	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:
Estado:		Pais:	
Teléfono particular:	Teléfono de oficina:	Fax :	Correo electrónico:
Número de grupo:		Número de certificado:	

1. Ciudadanía del paciente: _____ “País de origen”*del paciente: _____
 (*país donde el paciente reside principalmente y recibe su correo)
 País visitado: _____
(Nota MNUI podría solicitar copia del pasaporte)
2. Es el paciente: ¿Estudiante de tiempo completo? Si No En caso afirmativo, favor suministre el nombre y dirección del Centro Educativo: _____
3. Está el paciente: ¿Empleado? Si No En caso afirmativo, favor suministrar el nombre y dirección del empleador: _____
4. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia otra cobertura (seguro medico, indemnidad de daños a terceros) que pueda ayudar a cubrir los gastos hospitalarios? Si No En caso afirmativo, favor completar los siguientes datos:

Nombre de la compañía:	dirección:
Titular de la Póliza:	Número de la póliza:
¿Es este un seguro de grupo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

PARTE B: Completar para reclamos nuevos. Si usted necesita más espacio, favor anexar hojas adicionales

1. ¿Cómo comenzó el malestar o la condición médica? Describa detalladamente los síntomas y/o las condiciones desde el comienzo.
2. ¿Cuándo apareció el primer síntoma? Si es posible escriba la fecha exacta. (En caso de un accidente, favor complete la “ preguntas sobre el accidente” ver parte C - Direcciones)
3. ¿Ha tenido o ha sido usted alguna vez tratado por el mismo tipo de enfermedad o herida? Si No
 En caso afirmativo, cuando? _____ Nombre, dirección y teléfono del medico que lo atendió.

4. Nombre, dirección y teléfono del doctor de la familia o medico de cabecera (aunque no haya sido consultado):
5. ¿Durante los últimos cinco años que malestares, enfermedades, condiciones o heridas ha sufrido usted? Favor suministrar el nombre y/o descripción de cada condición, fechas de los hechos ,y la dirección y teléfono de los médicos que lo han tratado:

PARTE C: Completar para todo tipo de reclamo.

Yo verifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera, correcta, completa, y de mi entero conocimiento. Autorizo a cualquier doctor licenciado, profesional de las artes curativas, hospitales, clínicas, agencias gubernamentales, compañías aseguradoras, pólizas de grupo, el empleado o administrador de plan de beneficios, poseedor de información referente al cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico, o pronóstico de cualquier condición, ya sea física o mental, o el estado financiero o laboral del asegurado indicado arriba, para que provea dicha información a Multinational Underwriters, Inc. Yo entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización al ser solicitada. Una copia tendrá la misma validez que el original. Esta autorización es válida por doce meses desde la fecha de la firma

Firma del asegurado:

Nombre en imprenta:

Fecha:

Firma del paciente:

Nombre en imprenta:

Fecha:

AUTORIZACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS: Yo autorizo el pago de beneficios médicos a doctores u otros proveedores de servicios con facturas o recibos aquí anexados.

Firma del asegurado:

Fecha:

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR UN RECLAMO

1. Si este es un Nuevo reclamo, por favor complete TODAS LAS PARTES de este formulario.
2. Si este reclamo es el resultado de un accidente, favor visite www.mnui.com, “Downloads” para obtener la forma “QUESTIONARIO DEL ACCIDENTE”
3. Si esto es sobre un reclamo anterior, por favor complete PARTES A y C solamente.
4. Adjunte todas las facturas o recibos originales detallando el pago por servicio y provisiones. Por favor verifique que los documentos indiquen su nombre, fecha del servicio, diagnóstico y cargos por cada servicio.
5. Enviar a: **MultiNational Underwriters, Inc.**
P.O. Box 863
Indianapolis, Indiana 46206
6. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al siguiente número 1-800-605-2282. Si está llamando fuera de los Estados Unidos, llame por cobrar al siguiente número (317)262-2132

LA LEY EN EL ESTADO DE INDIANA NOS EXIGE QUE LE NOTIFIQUEMOS LO SIGUIENTE: cualquier persona que intencionalmente trate de estafar o cometer fraude en contra de una aseguradora, introduciendo un reclamo con información falsa, incompleto mal intencionado, está cometiendo un delito grave penado por la ley.