

SOLICITUD DE BENEFICIOS EXTRAORDINARIOS



Completado por	Apellido		Inicial		Nombre	
Fecha		Fecha de recepción		Número de caso		
Nombre del asegurado						
Número de póliza				País de residencia		
Deducible anual				Deducible alcanzado		
Producto				Código del agente		
Solicitado por					☐ Asegurado	☐ Agente
Nombre del agente general				Código		
Número de reclamación (si corresponde)						
Últimos 5 años de prima				Reclamaciones de póliza pagadas (todas)		
Fecha efectiva/Fecha de inicio de la cobertura						
Cantidad solicitada en US\$						
Razón del rechazo (por favor, marque todas las que correspondan)						
☐ UCR ☐ Reclamación presentada después de 180 días ☐ Exclusión general ☐ Exclusión de la póliza individual						
☐ Condición de la póliza ☐ Fuera de la red de proveedores						
☐ Otra:						
Información o comentarios adicionales						
Fecha de revisión				Firma		
Decisión						

ENVIAR