



## 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

<b>Parte A: Completar para todo tipo de reclamo **Todos los cheques y la correspondencia será enviado a la dirección de abajo**</b>			
Nombre del asegurado		Nombre del paciente	
Sexo:	Fecha de nacimiento	Sexo:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:
Estado:		País:	
Teléfono particular:	Teléfono de oficina:	Fax:	Correo electrónico:
Número de grupo:		Número de certificado:	

- Ciudadanía del paciente \_\_\_\_\_ "País de origen"\* del paciente \_\_\_\_\_  
(\*país donde el paciente principalmente reside y recibe su correo)  
País visitado: \_\_\_\_\_  
(Nota: MNUI podría solicitar copia del pasaporte)
- Es el paciente:      ¿estudiante de tiempo completo? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, favor brindarnos el nombre y la dirección del Centro Educativo. \_\_\_\_\_
- Está el paciente:      ¿empleado? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, favor brindar el nombre y dirección del empleador.  
\_\_\_\_\_
- ¿Tiene usted o algún miembro de su familia otra cobertura (seguro médico, indemnidad, de daños a terceros) que pueda ayudar a cubrir los gastos hospitalarios? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, favor completar con los siguiente datos:

Nombre de la compañía	Dirección
Dueño de la póliza	Número de póliza
¿Es este un seguro de grupo? Si ___ No ___	

### **Part B: Completar para reclamos nuevos. Si usted necesita más espacio o información adicional, favor anexar hojas adicionales.**

- ¿Cómo comenzó el malestar o la condición médica? Describa detalladamente los síntomas y/o las condiciones desde el comienzo.
- ¿Cuándo apareció el primer síntoma? Si es posible escriba la fecha exacta. (en caso de un accidente, ¿cómo y cuándo ocurrió?)
- ¿Ha tenido o ha sido usted alguna vez tratado por el mismo tipo de enfermedad o herida?  
Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, ¿Cuándo? Nombre, dirección y teléfono del médico que lo atendió.



4. Nombre, dirección y teléfono del doctor de la familia o médico de cabecera (aunque no haya sido consultado):
5. ¿Durante los últimos cinco años que malestares, enfermedades, condiciones o heridas ha sufrido usted? Favor brindar el nombre y/o descripción de cada condición, fechas de los hechos, y la dirección y teléfono de los médicos que lo han tratado:
6. ¿Es la condición el resultado de un accidente o enfermedad:
- A) Relacionada con su empleo? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, ¿Ha solicitado Beneficios de Compensación al Trabajador?  
Si \_\_\_ No \_\_\_
- B) Debido a un accidente automotor? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, por favor provea una lista de nombres con las personas afectadas, portadores de seguro y número de póliza correspondiente.
- ¿Se completó algún reporte policíaco? Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, ¿En que agencia? \_\_\_\_\_

**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. Yo autorizo a cualquier doctor licenciado, profesional de las artes curativas, hospitales, clínicas, farmacias, agencias gubernamentales, compañías aseguradoras, pólizas de grupo, el empleado o administrador del 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 el derecho de recibir una copia de esta autorización al ser solicitada. Una copia tendrá la misma validéz 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: 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**

- Si este es un nuevo reclamo, por favor complete TODAS LAS PARTES de este formulario.
- Si esto es sobre un reclamo anterior, por favor complete Partes A y C solamente.
- Adjunte todas las facturas o recibos originales detallando el pago por servicio y provisiones. Por favor verifique que los documentos indiquen su nombre, fecha de servicio, diagnósticos y cargos por cada servicio.
- Enviar a: Multinational Underwriters, Inc.  
P.O. Box 863  
Indianapolis, Indiana 46206
- 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, incompleta o mal intencionada, está cometiendo un delito grave penado por la ley.