

**Requisitos Adicionales
Departamento de Reclamaciones**

Nombre del Asegurado: _____

Número de Póliza : _____ Núm. de Reclamación: _____

Indicar los médicos que lo atendieron durante los últimos 3 años

1. Nombre del Médico:	Especialidad:
Dirección:	Teléfono:
2. Nombre del Médico:	Especialidad:
Dirección:	Teléfono:
3. Nombre del Médico:	Especialidad:
Dirección:	Teléfono:
4. Nombre del Médico:	Especialidad:
Dirección:	Teléfono:

Indicar los Hospitales que lo atendieron durante los últimos 3 años

1. Nombre del Hospital:	Número de Récord:	Teléfono:
Dirección:		
2. Nombre del Hospital:	Número de Récord:	Teléfono:
Dirección:		
3. Nombre del Hospital:	Número de Récord:	Teléfono:
Dirección:		

Firma de Asegurado o Beneficiario_____
Fecha