

## Certificación para Reclamar por Trasplante de Órganos

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Estimado reclamante:

Al presente nos encontramos en el proceso de evaluar su reclamación de trasplante de órganos bajo el suplemento adherido a su póliza de cáncer y enfermedades temidas.

Previo a ajustar su reclamación necesitamos conocer si usted se ha acogido o recibe los beneficios de la Ley Núm. 150 de agosto de 1996, mejor conocida como el Fondo para Servicios Contra Enfermedades Catastróficas Remediables, adscrito al Departamento de Salud. Esta Ley nos requiere en determinados casos informar sobre la reclamación sometida por usted. Por lo que necesitamos complete y firme la información solicitada al calce y devuelva la misma a nuestras oficinas a la brevedad posible.

Tan pronto recibamos la contestación sobre la información requerida, procederemos a determinar su reclamación. Para poder concluir con el proceso de evaluación, necesitamos nos envíe esta carta completada y firmada, en la parte inferior, dentro de los 30 días a partir de la fecha de esta carta. De no recibirla en este periodo, tendremos que cerrar la reclamación, sin embargo, la reconsideraremos nuevamente al recibo de la misma.

De tener alguna pregunta, favor de comunicarse con nuestro departamento de Servicios al Asegurado en la seguridad que será un placer servirle.

Cordialmente,

Reclamaciones Individuales

Yo \_\_\_\_\_ declaro bajo penalidad de perjurio que:  
Nombre completo

\_\_\_\_ no he solicitado o recibido beneficios del Fondo para Servicios Contra Enfermedades Catastróficas Remediables, adscrito al Departamento de Salud.

\_\_\_\_ he solicitado o recibo beneficios del Fondo para Servicios Contra Enfermedades Catastróficas Remediables, adscrito al Departamento de Salud. Mi número de caso es \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha