



COMISIONADO DE SEGUROS DE PR
OFICINA DE LIQUIDACIONES
PO BOX 270149, SAN JUAN, P.R. 00928-2949
Tel. 787-998-4511 / 787-641-1500

FORMULARIO DE RECLAMACIONES PARA PROVEEDORES

Este formulario deberá radicarse en persona o por correo en la Oficina de Liquidaciones del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, ubicada en Buchanan Office Center 40 Carr 165 Ste 408 Guaynabo, PR 00968-8045 o al PO Box 270149 San Juan, PR 00928-2949, **EN O ANTES DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2016**. Todos los reclamantes de **Health Medicare Ultra Inc.** suministrarán la información solicitada en todos los blancos, favor no utilizar abreviaciones. En aquellos casos que el reclamante comparezca a través de un representante se deberá acompañar evidencia que así lo demuestre. **TODO FORMULARIO QUE NO ESTE DEBIDAMENTE COMPLETADO Y JURAMENTADO SE DEVOLVERÁ.**

1. Nombre del Reclamante: _____
2. Dirección Postal : _____

3. Núm. de Proveedor : _____ Teléfono: _____
4. Seg. Soc. Patronal : _____ Núm. de NPI _____
5. Importe Reclamado : \$ _____
6. Indique la fecha del período reclamado: _____

Adjunte a este formulario evidencia de la deuda (facturas en original).

CERTIFICO QUE LA SUMA RECLAMADA ES CORRECTA, CIERTA, LEGÍTIMAMENTE ADEUDADA Y QUE NO EXISTE COMPENSACIÓN, RECONVENCIÓN O DEFENSA EN ESTA RECLAMACIÓN.

En _____ Puerto Rico, hoy ____ de _____ de _____.

Firma del Reclamante

AFFIDAVIT NÚM. _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, por _____, mayor de edad, vecino de _____, _____, a quien doy fe de conocer personalmente o haber identificado mediante _____, en _____ Puerto Rico, hoy ____ de _____ de _____.

Firma del Notario Público

SELLO DEL NOTARIO