



COMISIONADO DE SEGUROS DE PR
OFICINA DE LIQUIDACIONES
HEALTH MEDICARE ULTRA, INC.
ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LIQUIDACION
PO BOX 270149, SAN JUAN, P.R. 00928-2949
Tel. 787-998-4511 / 787-641-1500

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA PASADOS SUSCRIPTORES POR CONCEPTO DE PRIMA NO DEVENGADA O REEMBOLSO

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 165 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 DEVOLVERA.**

1. Nombre del Suscriptor (Principal) _____

2. Dirección postal del Suscriptor (Principal) _____

3. Teléfono residencial _____ Teléfono celular _____

4. ¿Esta representado por abogado? Sí No Si es afirmativa, provea:

a) Nombre y dirección del abogado _____

b) Teléfono oficina _____ Fax: _____

5. Número de Contrato _____ Prima Pagada \$ _____

6. Describa el concepto de su reclamación: _____
_____.

7. Importe Reclamado: \$ _____

Provea copia de los cheques cancelados o recibo de pago

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

FIRMA DEL SUSCRIPTOR/PRINCIPAL

AFFIDAVIT NUM _____

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

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO