



COMISIONADO DE SEGUROS DE PR
OFICINA LIQUIDACIONES
Health Medicare Ultra, Inc.
PO Box 270149, San Juan, P.R. 00928-2949
Tel. 787-998-4511/787-641-1500
liquidacionocs@gmail.com

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA ACREEDORES GENERALES

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, P.R. 00968-8025 o al PO Box 270149, San Juan, P.R. 00928-2949, **EN O ANTES DE 19 DE DICIEMBRE DE 2016**. Todos los reclamantes de **Health Medicare Ultra, Inc.** suministrarán la información solicitada en todos los blancos, favor de 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 SE PRESENTE DEBIDAMENTE COMPLETADO Y JURAMENTADO SE DEVOLVERÁ.**

Nombre del Reclamante: _____

Dirección Postal y Física: _____

Número de Teléfono: _____

Seg. Soc. Patronal: _____

Naturaleza de la Reclamación: _____

Importe Reclamado \$ _____

Indique fecha y número de factura a reclamar: _____

Evidencia que se somete junto con la Reclamación:

a) _____

b) _____

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 MI, por _____, mayor de edad, _____, _____ y vecino de _____, a quien doy fe de conocer personalmente o he identificado mediante _____ Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

Firma del Notario Público