

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE DEL HOSPITAL/CLÍNICA/CONSULTORIO DEL MÉDICO

DIRECCIÓN DEL HOSPITAL/CLÍNICA/CONSULTORIO DEL MÉDICO

TELÉFONO DEL HOSPITAL/CLÍNICA/CONSULTORIO DEL MÉDICO

OTRO SEGURO MÉDICO

¿Ha hecho Ud. o está haciendo alguna solicitud de reembolso relacionada con el servicio anexo a otra compañía de seguros o plan médico?

SÍ NO

En caso afirmativo, por favor anexar una copia del Resumen de Beneficios del otro seguro médico y completar la siguiente información:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE PÓLIZA

INFORMACIÓN DE REEMBOLSO

Por favor indique como quiere recibir su reembolso.

CHEQUE TRANSFERENCIA BANCARIA

Si eligió Transferencia Bancaria, por favor provea la siguiente información:

NOMBRE DEL BANCO

DIRECCIÓN

ABA

NÚMERO DE CUENTA

TITULAR DE LA CUENTA

CÓDIGO SWIFT

POR FAVOR ESCRIBIR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

AUTORIZACIÓN

Yo, el abajo firmante declaro que toda la información dada en este formulario de reclamación es verdadera y correcta.

NOMBRE Y APELLIDO(S)

FIRMA

FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL PADRE O TUTOR (SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD)

Por favor enviar toda la información/documentación a la siguiente dirección:

Best Doctors
5201 Blue Lagoon Drive, Suite 300
Miami, FL 33126

Tel: 305-269-2521
Email: reclamos@bestdoctors.com



La póliza de seguro es emitida por Best Doctors Insurance Limited, compañía registrada en Bermuda. Servicio de administración de seguros médicos ofrecido por Best Doctors, Inc. en representación de Best Doctors Insurance Limited.
www.bestdoctors-ins.com

Llamada de Cobro Revertido
Llamada Gratuita dentro de los EE.UU.
Llamada Gratuita desde Venezuela
Llamada Gratuita desde Madrid
Llamada Gratuita desde Chile
Llamada Gratuita desde México
Llamada Gratuita desde Perú
Llamada Gratuita desde Trinidad & Tobago

1 305 269 2521
1 866 902 7775
58-212 335 4571
34-911 880 065
56-257 08575
52-554 746 9789
51-170 56251
1-888 826 9630