

# Formulario de Reclamaciones



**INTERNATIONAL**  
A division of Morgan White Group

3191 Coral Way, 7th Floor  
Miami, FL 33145

## Parte I: Información del Asegurado Principal

Para acelerar el proceso de reclamación, por favor incluya el comprobante de pago, facturas médicas y la información médica pertinente, si se requiere información médica adicional, la Administradora las solicitará directamente a su médico.

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Número cliente	Correo Electrónico	Teléfono (Residencia/Celular)
Dirección	Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	

## Parte II: Información del reclamante

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Relación con el Asegurado Principal <input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño
Número cliente	Esta Ud. asegurado a través de otra compañía de seguros (Si su respuesta es afirmativa, por favor indique la información de la compañía de seguros) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía de seguros	Dirección	

## Parte III: Servicios relacionados con el accidente

Fecha del accidente o lesión (Día/Mes/Año)	¿Ocurrió el accidente o lesión mientras estaba trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Son las lesiones por accidente de tráfico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Como ocurrió el accidente o lesión?		

## Parte IV: Servicios relacionados con la enfermedad

Naturaleza de la enfermedad	Fecha en que se manifestó el primer síntoma (Día/Mes/Año)
Nombre del médico tratante	Dirección del médico
¿Esta usted en estos momentos bajo observación, tratamiento médico o tomando algún medicamento bajo prescripción facultativa? (Si su respuesta anterior es afirmativa, por favor indique la información del médico tratante y medicamentos)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted ha recibido tratamiento por la misma condición anteriormente mencionada? (Si la respuesta anterior es afirmativa, por favor indique la información del médico tratante)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted ha recibido tratamiento médico de cualquier tipo en los pasados 10 años? (Si la respuesta anterior es afirmativa, por favor indique la información del médico tratante)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Yo declaro que toda la información en este formulario es proporcionada conforme la verdad. Al firmar autorizo a cualquier hospital, institución médica, compañía de seguros, empleador, unión o asociación a que suministre información a MWG International como es requerido para procesar esta reclamación. Una copia fotostática de esta autorización será considerada valida como la original.

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado Principal

(En caso de que el asegurado (paciente) sea menor de edad, el asegurado principal debe firmar este formulario)

