



PET INSURANCE

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Preguntas: Favor llamar al 787-777-1636 o enviarnos un correo electrónico a [petclaims@cuvroinsurance.com](mailto:petclaims@cuvroinsurance.com)

- 1 **Complete de Formulario de Reclamación** – complete toda la información y recuerde firmar y poner fecha del formulario de Reclamación.
- 2 **Envíenos su formulario de reclamación y factura detallada** – para ayudarnos a procesar su reclamación rápidamente, llene el formulario en su perfil en línea o envíe por correo electrónico o fax su formulario de reclamación, la factura veterinaria detallada, el registro médico de la mascota si este es su primer reclamo. **No Podemos procesar su reclamación sin los registros médicos de su mascota.**
- 3 **El equipo de reclamaciones de Antilles Insurance procesará su reclamación lo más rápido posible**– nuestro objetivo es procesar todas las reclamaciones en 72 horas.

Sección A – Información del Asegurado

<b>Número de Póliza</b>	<b>Nombre de Mascota</b>	<b>Edad Mascota</b>
<b>Nombre del Dueño de la Mascota</b>	<b>Género Mascota</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Raza de Mascota</b>
<b>Dirección</b> Calle                      Ciudad                      Estado                      Zip	<b>Número de Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>

Sección B – Detalles de Reclamación

<b>¿Ha presentado un reclamo por esta enfermedad/lesión anteriormente?</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> [indique la(s) fecha(s) de la(s) visita(s) veterinaria(s)] Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____ <input type="checkbox"/> <b>NO</b> [indique la fecha en que la mascota experimentó por primera vez el síntoma de enfermedad o lesión] Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____	<b>Motivo de la visita, marque todo lo que corresponda:</b> <input type="checkbox"/> <b>Atención Preventiva</b> (ex. examen anual, vacunación) <input type="checkbox"/> <b>Accidente</b> (indique diagnóstico) <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad</b> (indique el diagnóstico)
	<b>Diagnóstico o Lesión indicado por Médico Veterinario</b>

	<b>Nombre de la Clínica Veterinaria u Hospital</b>
--	--

**Sección C – Procedimiento detallado y detalles de gastos**

Fecha de Visita	Tratamiento o Procedimiento	Número de Factura	Cantidad (\$)

**Factura Total**

Debe enviar las facturas detalladas con su formulario de reclamación. Por favor no envíe cotizaciones.	\$
--	----

**Sección D – Detalles de Remesas**

<b>Nombre de Beneficiario</b>	<b>Número de Cuenta</b>	<b>Número de Ruta</b>
<b>Nombre de Banco</b>	<b>Dirección Beneficiario</b>	

**Section E – Member Signature & Date**

<p>X</p> <p>(FIRMA)</p>	<p>FECHA</p> <p>(MM/DD/YYYY)</p>	<p>Al firmar este formulario de reclamación, confirmo y entiendo que la información que proporcioné es verdadera y correcta. Autorizo la divulgación de los registros médicos de mi mascota a Antilles Insurance.</p>
-------------------------	----------------------------------	---